

**Mestrado em Intervenção Social na
Infância e Juventude em Risco de
Exclusão Social**

Joana Raquel Monteiro Pinheiro **RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS E JOVENS ACOLHIDOS EM CENTROS DE**
Pereira da Trindade **ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO**

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Intervenção Social na Infância e Juventude em Risco de Exclusão Social, realizada sob a orientação científica do Doutor Óscar Ribeiro, Professor Auxiliar do ISSSP.

Setembro 2015

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação:

- Ao **Doutor Óscar Ribeiro**, docente no Instituto Superior de Serviço Social do Porto, enquanto orientador desta dissertação, pelo apoio e contributo no esclarecimento de dúvidas e pela aprendizagem contínua ao longo desta etapa;
- À **Doutora Berta Maia**, docente na Universidade Católica Portuguesa (Faculdade de Filosofia – Braga), por me ter orientado numa fase inicial e ajudado a encontrar qual o caminho a seguir;
- Às **Crianças/Jovens e Equipas Técnicas** dos Centros de Acolhimento Temporário da zona Norte do país que aceitaram colaborar comigo neste estudo. Sem eles este estudo não era possível, receberam-me com apreço e deram a este trabalho uma essência especial;
- Aos meus **Pais, Avó e Irmão**, pelo apoio prestado nos momentos mais frágeis deste percurso, por nunca me deixarem desistir;
- À **Cristina Guimarães**, finalista do Mestrado em Intervenção Social com Crianças e Jovens em Risco de Exclusão Social, colega e amiga, pelo alento nos momentos mais difíceis;
- À **Mestre Sílvia Machado**, Consultora e Gestora da qualidade em diversas organizações sociais e coordenadora de um projeto no âmbito de dependência de aditivos (PSOBLE) na Cáritas Diocesana de Vila Real, pelo carinho, apoio e disponibilidade prestada;
- À **Doutora Sandra Antunes**, docente na Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego, por toda a disponibilidade e amabilidade prestada no esclarecimento de dúvidas.
- À **Doutora Anabela Guedes**, docente na Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego, pela amabilidade e disponibilidade prestada;
- À **Alexandra Gouveia**, Educadora Social, colega de trabalho e amiga, por me apoiar/aconselhar nos momentos mais difíceis e nunca me deixar desistir.

Palavras-chave

Crianças; Jovens; Institucionalização; Centros de Acolhimento Temporário; Resiliência; Estratégias de Coping; Estados Emocionais

Resumo

A problemática da institucionalização de crianças e jovens tem vindo a ser amplamente discutida por investigadores e por técnicos da ação social, tendo-se habitualmente considerado que esta população está mais suscetível à presença de distress emocional. A presente investigação teve como principal objetivo analisar indicadores de resiliência em crianças e jovens acolhidos em Centros de Acolhimento Temporário e aumentar o conhecimento disponível sobre o modo como elas vivenciam a sua institucionalização. Para tal, recorreu-se a uma amostra de 30 crianças/jovens acolhidos em 7 CAT diferentes da zona Norte do País, com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos. Na recolha de dados utilizou-se a Escala de Resiliência (RS), o Inventário de Estratégias de *Coping* (SCSI) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS). Foi também recolhida informação sociodemográfica. Os resultados obtidos apontam para a existência de níveis moderados de resiliência em ambos os sexos. Uma análise mais detalhada às componentes da RS permitiu verificar pontuações mais elevadas na subescala “autoconfiança”, seguindo-se a “perseverança”, o “sentido de vida” e, finalmente, a “auto-suficiência”. Em relação à SCSI, os valores obtidos demonstram que as Estratégias de *Coping* mais utilizadas são as de “distração cognitiva e comportamental”, seguindo-se as “estratégias ativas” (sobretudo as centradas na resolução de problemas) e a “exteriorização de aspetos negativos”. De salientar que são as crianças/jovens do sexo masculino quem mais utiliza a exteriorização de aspetos negativos apresentando no uso desta estratégia diferenças estatisticamente significativas comparativamente às raparigas. Quanto à eficácia das estratégias utilizadas, os participantes consideraram como mais eficazes as estratégias de “distração cognitiva e comportamental” e como menos eficazes, as de “exteriorização de aspetos negativos”. Por fim, relativamente à EADS, verificou-se que as crianças/jovens apresentam valores globalmente reduzidos, quer para a ansiedade, quer para a depressão. Apesar das raparigas apresentarem menor ansiedade e stresse e níveis mais elevados de depressão do que os rapazes, estas diferenças não foram estatisticamente significativas. De um modo geral, os resultados evidenciam que apesar da condição de institucionalizados e de todas as repercussões que tal acarreta para os projetos de vida destas crianças e jovens, os participantes neste estudo apresentaram níveis moderados de resiliência. Chegou-se ainda à conclusão de que existem algumas diferenças no modo como o processo é vivido por rapazes e raparigas, diferenças essas que poderão implicar abordagens distintas por parte dos técnicos que trabalham com estas crianças/jovens. De salientar que, na maioria das situações, o tempo legal previsto para a duração do acolhimento em CAT não é respeitado, facto que dá lugar a uma institucionalização prolongada e que deve, por isso, ser objeto de reflexão urgente.

Keywords

Children; Young people; Institutionalization; Temporary Shelter; Resilience; Coping Strategies; Emotional States

Abstract

The issue of children and youth institutionalization has been widely discussed by researchers and by professionals from the social sector, and it has been usually assumed that such population is more susceptible to the presence of emotional distress. This research had as main objective to study resilience indicators in children and young people who live in Temporary Shelters, and increase the available knowledge on how they experience their institutionalization. To do so, a sample of 30 children / youths welcomed in 7 different Temporary Shelters of the north of the country, and aged between 8 and 18 years was considered. For data collection, the Resilience Scale (RS), the Schoolagers' Coping Strategies Inventory (SCSI) and the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) were used. Socio-demographic information was also collected. Main results suggest the existence of moderate levels of resilience in both sexes. A more detailed analysis of the components of RS has shown higher scores on the subscale "confidence", followed by "perseverance", "meaning of life" and "self-reliance". Regarding CSI, the values obtained show that the most frequently used coping strategies are the "cognitive and behavioural distraction", followed by the "active strategies" (mainly focused on problem solving) and the "externalization of negative aspects ". It should be noted that children / young males are the ones who further use the externalization of negative aspects, presenting statistically significant differences when compared to girls. Concerning the effectiveness of the strategies used, the participants considered the strategies of "cognitive and behavioural distraction" as most effective and as less effective the ones related to "externalization of negative aspects." Finally, in what refers to DASS, it was found that children / youth show values globally reduced either for anxiety or for depression. Although girls show less anxiety and stress and higher levels of depression than boys, these differences were not statistically significant. In general, these results show that despite the institutionalized condition and all the repercussions that this entails for the life projects of these children and young people, participants in this study had moderate levels of resilience. Some differences in the way the process is experienced by boys and girls may require different approaches by those working with this population. It is also important to emphasize that, in most cases, the estimated legal length of time to be hosted in temporary shelters is not respected, resulting into an extended institutionalization. This finding needs to be urgently addressed.

Mots – Clé

Enfants; Jeunes; Institutionnalisation; Centres d'Accueil Temporaire; Persistance; Stratégies de *Coping*; États Émotionnels.

Résumé

La problématique de l'institutionnalisation des enfants et des jeunes est de plus en plus discutée par des investigateurs et par des techniciens d'action sociale, et, généralement, on a remarqué que cette population est plus sensible à la présence du stress émotionnel. Cette investigation a eu comme principal objectif l'analyse des indicateurs de persistance soit parmi les enfants, soit parmi les jeunes, qui sont accueillis dans les Centres d'Accueil Temporaire, et augmenter la connaissance disponible sur la manière comme ces enfants et ces jeunes vivent leur institutionnalisation. Ainsi, on a servi de l'exemple 30 enfants/jeunes dans 7 CAT différents du Nord de notre Pays, âgés entre les 8 et les 18 ans. Dans la recherche des éléments, on a utilisé l'Échelle de Persistance (RS), l'Inventaire des Stratégies de Coping (SCSI) et l'Échelle de l'Anxiété, Dépression et Stress (EADS). On a réuni de l'information sociale - démographique. Les résultats obtenus signalent une existence de niveaux raisonnables de persistance dans les deux sexes. Une analyse plus détaillée des éléments qui composent la RS a permis de vérifier des ponctuations les plus élevées dans une échelle plus petite que nous pouvons appeler de « auto - confiance », en se suivant « la persévérance », le « sens de vie » et, à la fin, l'« auto - suffisance ». Dans ce qui concerne la SCSI, les valeurs obtenues prouvent que les stratégies de coping plus utilisées sont celles de « distraction cognitive et de conduite », en se suivant les « stratégies actives » surtout celles qui se centrent dans la résolution de problèmes et l'extériorisation d'aspects négatifs ». On doit mettre en relief que ce sont les enfants/les jeunes du sexe masculin qui utilisent le plus l'extériorisation des aspects négatifs, en présentant, avec cette stratégie, des différences statistiquement significatives en comparaison de celle des filles. En ce qui concerne l'efficace des stratégies utilisées, les participants ont considéré comme les plus efficaces les stratégies de « distraction cognitive et de conduite » et, comme les moins efficaces, celles de « extériorisation d'aspects négatifs ». Finalement, par rapport à EADS, on a vérifié que les enfants/les jeunes présentent des valeurs globalement réduites, soit pour l'anxiété, soit pour la dépression. Malgré les filles qui sont celles qui présentent un plus petit degré d'anxiété et de stress, mais des niveaux plus élevés de dépression que les garçons, ces différences n'ont pas été statistiquement significatives. Généralement, les résultats mettent en avant que, malgré la condition d'institutionnalisés et de toutes les répercussions que cela entraîne pour les projets de vie de ces enfants et de ces jeunes, les participants dans cet étude ont présenté des niveaux modérés de persistance. On a conclu qu'il y a quelques différences sur la manière comme le procès est vécu par les garçons et par les filles, des différences qui pourront obliger à différents abords par les techniciens qui travaillent avec ces enfants/ ces jeunes. On doit mettre en relief que, dans la plupart des situations, le temps légal prévu pour la durée de l'accueil dans un CAT n'est pas respecté, fait qui rend une institutionnalisation trop prolongée et qui doit, pour cela, être objet d'une réflexion urgente.

ÍNDICE GERAL

Índice de siglas.....	viii
Índice de gráficos, quadros e tabelas	ix
1. Introdução.....	1
2. Institucionalização de Crianças e Jovens em risco	3
2.1. Sistema Português de proteção: perspectiva histórica	3
2.2. Centro de Acolhimento Temporário – CAT.....	11
2.3. Vivências nos CAT	16
3. Adversidade, estratégias de coping e resiliência	18
4. Objetivos.....	23
5. Metodologia	23
5.1. Desenho da investigação.....	23
5.2. Seleção da Amostra e Procedimentos de Recolha de Dados	24
5.3. Instrumentos.....	25
5.4. Análise dos dados	27
6. Resultados.....	28
6.1. Caracterização da amostra	28
6.2. Resiliência, estratégias de coping e estado emocional.....	29
6.2.1. Institucionalização: motivo, duração e existência de projeto de vida vs. estado emocional, resiliência e coping	31
7. Discussão dos Resultados	31
8. Limitações do Estudo	39
Referências bibliográficas	40
Apêndices	43
Apêndice I: Questionário Sociodemográfico.....	44
Anexos	45
Anexo I: Consentimento Informado	46
Anexo II: Escala de Resiliência (RS)	47
Anexo III: Inventário das Estratégias de <i>Coping</i> (SCSI).....	49
Anexo IV: Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)	51

ÍNDICE DE SIGLAS

APP Acordo de Promoção e Proteção

CAT Centro de Acolhimento Temporário

COAS Centros de Observação e Ação Social

CPCJ Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

ECMIJ Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude

EMAT Equipa Multidisciplinar de assessoria aos Tribunais

IPSS Instituição Particular de Solidariedade Social

LIJ Lar de Infância e Juventude

OTM Organização Tutelar de Menores

CASA Caracterização Anual do Sistema de Acolhimento

RS Escala de Resiliência

SCSI Inventário das Estratégias de *Coping*

EADS Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse

ÍNDICE DE GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

Gráfico 1 – Distribuição de Centros de Acolhimento Temporário por distritos de Portugal Continental	11
Quadro 1 – Fatores de Proteção na Resiliência.....	21
Quadro 2 – Finalidades da Resiliência.....	22
Quadro 3 – Fatores que dificultam o Desenvolvimento da Resiliência	22
Tabela 1 – Características Sociodemográficas dos participantes.....	29
Tabela 2 – Resiliência, estratégias de <i>coping</i> e estado emocional dos participantes ..	30

1. Introdução

A presente dissertação procura analisar indicadores de resiliência em crianças e jovens acolhidos em Centros de Acolhimento Temporário (CAT) da zona Norte do País e aumentar o conhecimento disponível sobre o modo como elas vivenciam a sua institucionalização. Mais precisamente, procura compreender os fatores de resiliência, as estratégias de *coping* utilizadas e a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva.

Em Portugal a situação de institucionalização de crianças/jovens em risco ainda se afigura como sendo a medida mais adequada para salvaguardar o superior interesse das mesmas, ainda que desejavelmente de forma transitória. De acordo com os dados plasmados no relatório da caracterização anual do sistema de acolhimento, no ano de 2014 encontravam-se acolhidas em Portugal 8470 crianças/jovens (mais 25 do que no ano de 2013), das quais 2062 estavam acolhidas em CAT (CASA, 2014). Destas 2062 crianças/jovens, apenas 902 cessaram o seu acolhimento, o que nos leva a concluir que o que a lei prevê como tempo máximo de permanência no CAT (6 meses) não é o que a realidade nos traduz. Estes dados fazem do CAT a segunda resposta de acolhimento institucional que detém mais crianças/jovens, sucedendo-se aos Lares de Infância e Juventude (CASA, 2014).

Perante estes dados, torna-se fulcral perceber como é que as crianças/jovens se adaptam a estes CAT, que são para elas novos contextos de vida e que se têm vindo a figurar de longa duração. Será que todas as crianças/jovens se adaptam de forma positiva à sua institucionalização? Que razões estão associadas a esta (in) adaptação? Que variáveis tornam uma criança/jovem vulnerável ao risco, ou pelo contrário, fazem com que supere as adversidades da vida e se torne resiliente?

A resiliência é um processo complexo que implica a interação entre fatores de risco e fatores de proteção e que remete, sobretudo, para a capacidade de ajustamento face à adversidade. O conceito de *coping* encontra-se associado à saúde e à adaptação social, e assume particular importância nos estudos relacionados com vulnerabilidade, como é o caso da institucionalização de crianças/jovens em CAT. Lazarus e Folkman (1984, in Anaut, 2005,p.80) definem o *coping* como “o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a controlar, a reduzir ou tolerar as exigências internas/externas que ameaçam ou ultrapassam os recursos do indivíduo”. Para se identificarem os recursos e esforços do *coping* na infância é necessário compreender o contexto social em que a criança se encontra inserida bem como as suas características individuais. Seguindo esta linha de pensamento, a literatura sobre

saúde mental e stresse propõe que as diferenças apresentadas pelos indivíduos relativamente à adaptação a situações de stresse se devem aos recursos sociais e de *coping* que utilizam face ao desafio (Compas, 1987; Lazarus e Folkman, 1984; Losoya, Eisenberg e Fabes, 1998 cit in Dalbosco, 2000). Todas as ações, comportamentos ou pensamentos utilizados pela criança para lidar com uma situação de stresse, denominam-se de estratégias de *coping*.

Ryan-Wenger (1992) considera que os fatores de stresse das crianças são diferentes dos fatores de stresse dos adultos, defendendo que os das crianças se encontram relacionados a acontecimentos de vida específicos, designadamente o divórcio dos pais, o falecimento de um ente querido, a privação do seu meio familiar, ou situações escolares, entre outras. Relacionado com as estratégias de *coping* e com a adaptação das crianças a contextos de adversidade, está a presença de sintomas depressivos e ansiosos. O desenvolvimento de sintomas depressivos associa-se a fatores de risco de ordem individual (ex.: personalidade e aspetos genéticos), familiares (ex.: falhas no suporte afetivo e na coesão familiar), genéticos e sociais (ex.: mudanças na escola e dificuldades na socialização). De acordo com Crujo e Marques (2009), estes fatores de risco podem assumir-se como crónicos (ex.: maus-tratos e conflitos familiares permanentes) ou agudos (ex.: perda de um ente querido).

Rotondaro (2002) refere que para uma criança ter um desenvolvimento emocional saudável necessita de viver num ambiente familiar que seja capaz de responder favoravelmente às suas necessidades básicas, nomeadamente de proteção e acolhimento. Quando estas funções não estão asseguradas, a criança para lidar com as adversidades tende a utilizar mecanismos de defesa que comprometem o desenvolvimento das suas estruturas de personalidade.

A institucionalização de crianças e jovens tem sido considerada um acontecimento de vida propiciador de stresse que pode ter como consequência o aparecimento de sintomas depressivos. Wathier e Dell'Aglio (2007), por exemplo, realizaram um estudo que permitiu concluir que crianças/jovens institucionalizadas estavam expostas a um maior número de situações instigadoras de stresse (ex.: desentendimento entre pares) comparativamente àquelas que residiam no seu seio familiar.

Strecht (2002) refere que a institucionalização de crianças implica adaptações a um novo local e modo de vida. A separação do meio familiar torna-se muitas vezes difícil para as crianças, uma vez que nas suas estruturas psicológicas estas têm uma forte ansiedade associada à questão da rutura com a família de origem. Não obstante o facto de que muitas destas crianças foram vítimas de rejeição e de uma parentalidade

inconsciente, estas ainda assim tendem a defender os seus progenitores canalizando para si parte da culpa pela situação vivenciada. Esta dúvida ambivalente gera muitas vezes na criança um grande sentimento de ansiedade.

Num estudo realizado por Pernicha (2007), cujo objetivo era a comparação de 100 crianças institucionalizadas com 100 crianças em meio natural de vida ao nível da ansiedade e da resiliência, concluiu-se que as crianças institucionalizadas apresentavam níveis superiores de ansiedade, mas também níveis mais elevados de resiliência. Estes resultados sugerem-nos que apesar de esta população estar mais suscetível à ansiedade, possuem bons níveis de adaptação, podendo-se inferir que, eventualmente, a ansiedade pode ser incitadora de ações capazes de promover o ajuste da criança ao meio envolvente, funcionando como um fator positivo.

Para atingirmos o objetivo proposto, a presente dissertação está estruturalmente organizada em três partes. As duas partes iniciais incidem no enquadramento teórico, no qual é exposto o processo de institucionalização de menores e as suas vivências no CAT. No quarto e quinto capítulo, procede-se à apresentação dos objetivos e à descrição da metodologia utilizada no estudo. O sexto capítulo corresponde à enunciação dos resultados obtidos e o capítulo sete à sua discussão. Por fim, a dissertação termina com as limitações encontradas ao longo do estudo.

2. Institucionalização de Crianças e Jovens em risco

2.1. Sistema Português de proteção: perspetiva histórica

Em Portugal, a proteção à infância e juventude começou a ser desenvolvida no século XIX, pelas Misericórdias que se regiam pelo princípio da caridade cristã, orientando a sua prática sob uma perspetiva assistencialista. A promoção e proteção dos direitos dos menores circunscreviam-se, assim, à criação de instituições de acolhimento, nomeadamente asilos, onde eram colocadas de forma indiscriminada crianças órfãs, mendigas, pobres e abandonadas por tempo indeterminado. Somente entre 1911-1919 foi criada a lei de proteção à infância. Com a publicação desta lei, foram criados em Lisboa, Porto e Coimbra os primeiros tribunais de menores. Estes tinham como função máxima a aplicação de medidas de proteção com vista à promoção e defesa dos direitos das crianças.

Inicialmente, os referidos tribunais funcionaram com a designação de tutórias de infância, com funcionamento em Lisboa, e destinava-se a crianças maltratadas, desamparadas e delinquentes (art.º 1º da Lei de Proteção à Infância, 1911). Com o surgimento desta lei, são também criadas instituições de apoio à infância,

designadamente a “tutória da infância, Federação Nacional dos Amigos e Defensores das Crianças” (art.º 2º da Lei de Proteção à Infância, 1911). Esta tutória constituía um tribunal coletivo especial, cuja atuação era a de guardar, defender e proteger menores que se encontravam em perigo moral, desamparados ou delinquentes, sob o lema da educação e do trabalho. Junto de cada tutória funcionava o **refúgio**. Este era uma instituição considerada como estabelecimento de detenção preventiva, que tinha como desígnio recolher de forma temporária menores que se encontrassem em perigo moral, abandonados ou maltratados. Havia três tipos de refúgios, os de primeira classe, sediados junto das tutórias de Lisboa, Porto e Coimbra; e os de segunda e terceira classe, que operavam junto das tutórias de comarca. No que concerne à **Federação Nacional dos Amigos e Defensores das Crianças**, entidade anteriormente referida, esta tinha como objetivo a união jurídica, moral e facultativa de várias instituições, oficiais ou particulares, de propaganda, educação e patronato. (art.º 112º da Lei de proteção à Infância, 1911).

Mais tarde, já entre 1919-1962, surgiu o decreto-lei 5611, 10/5/1919 que veio criar como organismo coordenador das atividades tutelares da infância, a Inspeção-Geral de Proteção à Infância, organismo que, posteriormente, através do decreto-lei 10767:1923, se transformou na Administração e Inspeção-Geral dos Serviços Jurisdicionais e Tutelares de Menores, que mais tarde deu início à Direção Geral dos Serviços Jurisdicionais de Menores com o decreto-lei 22708, de 20/06/1933. Esta direção tinha como aptidões, a coordenação das instituições judiciais particulares da infância, os estabelecimentos tutelares de menores e os serviços de assistência social. Com o decreto-lei 38386 de 8/8/1951, houve uma reorganização e composição dos tribunais de menores ficando então definido que aos tribunais de menores competia a fixação das medidas possíveis de aplicar aos menores. É nesta fase que os tribunais tutelares começam a desempenhar uma intervenção no âmbito da prevenção criminal. No decreto-lei 15162 de 5/03/1928 correspondente à Direção dos Serviços Jurisdicionais e Tutelares, foi expressa a necessidade de as entidades e instituições particulares colaborarem com os tribunais que detinham competências em matéria de infância.

Em 1962, com o decreto-lei 4428 de 20/04/1962 surgiu a Organização Tutelar de Menores (OTM), sustentada pelos ideais do modelo político autoritário vigente à data. Com este decreto-lei, os tribunais de menores e família passam a possuir um serviço de apoio social. Segundo o art.º 6º nº 2 da OTM de 1962, o serviço de apoio social era realizado pelos Assistentes/Auxiliares Sociais que a Direção-Geral dos Serviços Tutelares de Menores destinava para esse fim. Durante a década de sessenta, os

estabelecimentos tutelares, designadamente, centros de observação, instituto médico-psicológicos, institutos de reeducação, lares de semi-internamento, lares de semiliberdade e lares de patronato tinham como objetivos: a reintegração social dos menores que estavam à sua responsabilidade, bem como a observação, execução de medidas de prevenção criminal e ação de proteção. Os centros de observação tinham como finalidade proceder ao estudo dos menores que estavam dependentes da alçada tutelar, “definindo as suas qualidades, defeitos de carácter, conhecimentos, aptidões e tendências, a investigar as condições do meio familiar e social...” (art.º 111º da OTM de 1962). Estes estavam organizados em duas divisórias independentes, uma para o sexo masculino e outra para o sexo feminino. Ambas divisórias possuíam como serviços técnicos (art.º 114º da OTM de 1962): recepção (primeira observação realizada através do contacto pessoal entre o menor acolhido e o educador), observação inicial individual (tinha como objetivo a seleção dos menores deficientes/irregulares para posterior observação e tratamento se necessário em estabelecimentos especializados na matéria), observação em vida comunitária (compreendia a observação do menor nos diferentes contextos, designadamente, social, escolar e disciplinar), serviço social externo (pretendia a reintegração social dos menores), serviços médicos e de observação (onde se procedia ao estudo da personalidade dos menores, do seu nível intelectual e das suas aptidões, bem como à orientação profissional para a definição do projeto de vida dos menores). Quanto aos institutos médico-psicológicos, podemos dizer que estavam direccionados ao internamento e observação de menores portadores de alguma deficiência ou irregularidade. Como exemplo de alguns destes institutos temos o Instituto Médico-Pedagógico Condessa de Rilvas e o Instituto Navarro de Paiva, em funcionamento na atualidade. Relativamente aos institutos de reeducação, estes tinham como competências promover a reintegração social dos menores a quem foi aplicada a medida de internamento, através da aprendizagem de uma profissão e da educação escolar. Na data, estiveram em funcionamento alguns institutos de reeducação, designadamente: Instituto de reeducação Padre António de Oliveira, situado em Caxias e destinado ao acolhimento de menores de ambos os sexos; o Instituto de S. José, edificado em Viseu, destinado ao acolhimento de menores do sexo feminino; Instituto Corpus Christi, sediado em Vila Nova de Gaia, destinado ao acolhimento de menores do sexo feminino; entre outros. No que concerne aos lares de semi-internato, tinham por objetivo a reintegração social dos menores a quem tinha sido aplicada uma medida de prevenção criminal, através da institucionalização numa instituição o mais semelhante possível a uma família, onde os menores realizavam uma atividade profissional ou escolar. Os lares de semiliberdade tinham como função garantir a

transição dos menores entre a institucionalização e a liberdade, através da sua reinserção na sociedade e no mercado de trabalho. Por fim, os lares de patronato destinavam-se ao acolhimento temporário de menores “antigos internados”, que por diversos motivos, tais como, familiares, económicos, entre outros, necessitavam do apoio destes serviços.

Após a Revolução do 25 de Abril de 1974, surge em Portugal o propósito de se criar a Comissão de Proteção de Menores (CPCJ). No entanto, esta intenção de criar as CPCJ não se acabou por concretizar no momento, mas, sim, mais tarde, já em 1978 através do decreto-lei 314/78 de 27 de Outubro. Este decreto veio proceder à retificação da Organização Tutelar de Menores (OTM), através da criação nos Centros de Observação e Ação Social (COAS) de órgãos de gestão denominados de Comissões de Proteção.

No ano de 1944 surge outro decreto-lei, designadamente o nº 33547 de 24/02 que veio modificar a denominação das tutórias para tribunais de menores. Com a introdução da lei 82/77 houve uma divisão entre tribunais de menores e tribunais de família, passando a ser da competência dos últimos a separação de bens e pessoas e de divórcio, entre outras. Através do decreto-lei 549/77 e 31/12, correspondente à Lei Orgânica do Ministério dos Assuntos Sociais, foi criada a Direcção-Geral da Segurança Social, que atuava nas áreas da Infância e Juventude, Terceira Idade, Comunidade, Reabilitação e Integração Social e Família e População ativa. Ainda durante este período foi criada em 1980 a Secretaria de Estado da Família, plasmada no decreto-lei 304/82 de 31/6. A conceção do decreto-lei nº 344-A/83, 25/6 correspondente à criação do Ministério do Trabalho e Segurança Social, passou a incluir os serviços da secretaria do Estado do Trabalho, da Segurança Social e da Família, do Emprego, os serviços do Ministério dos Assuntos Sociais, bem como a tutela da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Atualmente, ao Ministério da Solidariedade Social, compete: a criação de estruturas de apoio, tais como: lares de infância e juventude em risco (ou privados do seu meio familiar de origem), creches e jardim-de-infância para as distintas camadas sociais e grupos etários de crianças; serviços de ação social local, a fim de, apoiarem económica e socialmente os indivíduos com maiores dificuldades; estudarem as situações em que os menores se encontrem em risco, bem como delinear estratégias de prevenção; acompanhamento social às famílias disfuncionais ou de risco; criação de respostas alternativas ao acolhimento de menores órfãos, maltratados, abandonados, em perigo moral e negligenciados conjuntamente com os Tribunais de competência em menores e família, como por

exemplo: famílias de acolhimento, amas e Centros de Acolhimento Temporário. As Técnicas Superiores de Serviço Social, como equipas de assessoria aos tribunais (EMAT) intercedem no estudo das famílias adotivas. Neste seguimento, o Ministério da Saúde também possuiu um papel fulcral no que concerne à intervenção junto de crianças e jovens em risco, nomeadamente, maltratados, competindo-lhe as funções de diagnosticar as situações, identificar as suas causas e diligenciar respostas ao problema. Como exemplo de algumas estruturas de saúde com estas competências, temos os Hospitais Pediátricos, como por exemplo, o Hospital Dona Estefânia em Lisboa e o hospital Pediátrico de Coimbra. Estas estruturas possuem: equipas de pedopsiquiatria com aptidão para realizarem avaliações psicológicas aprofundadas e o acompanhamento necessário a determinado tipo de situações. Equipas estas que vieram substituir os Institutos médico-psicológicos. Os Centros de Saúde, através dos Médicos de família, possuem um papel muito importante na deteção e prevenção destes casos.

Com o decreto-lei 119/83, 25/2 foi aprovado o estatuto das IPSS, sem aplicação à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Segundo o mesmo decreto, entende-se por IPSS as Instituições Particulares de Solidariedade Social sem fins lucrativos, criadas por iniciativas de particulares, administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, cujos objetivos da sua intervenção passam por apoiar as crianças e jovens, apoiar as famílias, proteção na velhice, promoção e proteção na área da saúde, entre outros. Estas IPSS podem surgir dentro das seguintes formas: associações de solidariedade social, associações de voluntários de ação social, irmandades de misericórdias, associações de socorros mútuos e fundações de solidariedade social, agrupando-se em uniões, em federações e confederações. As IPSS são umas grandes parceiras do Estado no combate aos problemas sociais. Deste modo, possuem respostas ao nível da infância e juventude, designadamente creches, jardim-de-infância, lares em regime internato e semi-internato, centros de ocupação dos tempos livres, centros de acolhimento temporário, centros para crianças privados, entre outras. Como exemplo deste tipo de respostas, temos a Casa Pia de Lisboa.

Na década de 80, foram criados em Portugal outros dispositivos de proteção à infância e juventude, designadamente serviços telefónicos de apoio e ajuda. Foi em 1988 que surgiu o primeiro serviço telefónico, intitulado de “SOS Criança”, tutelado pelo Instituto de Apoio à Criança. Esta linha tinha como função a audição anónima e confidencial de menores, onde podiam expor a sua situação problema e era-lhes proporcionado um atendimento personalizado e encaminhamento para os respetivos serviços.

No ano de 1992, através da Resolução do Conselho de Ministros nº 30/92 foi fundado um projeto interministerial de Apoio à Família e à Criança (PAFAC), do qual faziam parte os ministérios da justiça, emprego, saúde e segurança social. A PAFAC trata-se de um projeto interministerial de carácter nacional destinado ao apoio da criança maltratada e sua família. Este programa implementou um programa específico destinado aos maus- tratos infantis, com o intuito de evitar que os maltratados sejam os futuros maltratantes. Como serviços destinados à criança maltratada, destacam-se: equipas psicossociais de intervenção familiar, em funcionamento com a colaboração dos núcleos hospitalares; linha de emergência criança maltratada e equipas de intervenção na crise (atuam em situações de emergência infantil) que dão resposta às solicitações recebidas telefonicamente por parte dos vizinhos, amigos e comunidade em geral. Existem ainda outros dispositivos telefónicos, mas destacam-se estes como os mais importantes.

O período compreendido entre 1999 e 2006 foi notável pela reforma do direito de menores em Portugal pela publicação da **Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco**, designadamente, lei nº 147/99 de 1 de Setembro e da Lei Tutelar Educativa, lei nº166/99 de 14 de Setembro. A lei 147/99 de 1 de Setembro tem como objetivo: assegurar a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens em perigo, garantindo o seu bem-estar e desenvolvimento integral (art.º 1º). A sua aplicação destina-se a todas as crianças e jovens que se encontrem em situação de perigo e que residam ou se encontrem em território nacional (art.º 2º). Quanto à legitimidade da sua intervenção, esta acontece quando os progenitores, representantes legais ou quem tem a guarda de facto coloquem em perigo a segurança, saúde, formação, educação, ou desenvolvimento da criança (art.º 3º). Deste modo, por crianças/jovens em perigo a lei entende aquelas que se encontram nas seguintes situações¹:

- a) Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- b) Sofre maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) É obrigada a actividade ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;

¹ Art.º 3º, Legitimidade da Intervenção, nº2, Lei 147/99 de 1 de Setembro.

- e) Está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou quando ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

Os seus princípios orientadores² são:

- a) Interesse superior da criança e do jovem (deve-se ter em conta o bom desenvolvimento psicossocial da criança);
- b) Privacidade (estes processos devem ser conduzidos de forma a respeitar a intimidade e a reserva da vida privada do menor e sua família);
- c) Intervenção precoce (a intervenção deve ser o mais atempada, eficaz e rápida possível);
- d) Intervenção mínima (deve-se intervir apenas no estritamente necessário);
- e) Proporcionalidade e atualidade (as medidas devem ser tomadas tendo em conta a situação atual do menor à data da decisão);
- f) Responsabilidade parental (as decisões devem envolver os progenitores e deste modo permitir que assumam os seus deveres parentais);
- g) Prevalência na Família (deve ser dada prioridade às medidas que integrem o menor na sua família);
- h) Obrigatoriedade de informação (todos os envolvidos no processo devem ser informados dos seus direitos e dos motivos que levaram à intervenção);
- i) Audição obrigatória e participação (todos os interessados e o menor, devem ser ouvidos durante o processo).

A intervenção está incumbida às entidades com competência em matéria de infância e juventude (ECMIJ), às comissões de proteção de crianças e jovens (CPCJ) e aos tribunais (art.º 6º). Relativamente às medidas de promoção e proteção dos direitos visam (art.º 34º): “afastar o perigo em que estas se encontram; proporcionar-lhes condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação,

² Art.º 4º, Princípios orientadores da Intervenção, Lei 147/99 de 1 de Setembro.

educação, bem-estar e desenvolvimento integral; garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso”.

De acordo com a lei, estas medidas podem ser executadas (art.º 35º) no meio natural de vida (apoio junto dos pais ou de outro familiar; confiança à pessoa idónea; educação parental; ou apoio para a autonomia de vida) e em regime de colocação (acolhimento familiar e acolhimento em instituição). A execução das medidas (art.º 59º): “1 - As comissões de proteção executam as medidas nos termos do acordo de promoção e proteção; 2 - A execução da medida aplicada em processo judicial é dirigida e controlada pelo tribunal que a aplicou; 3 - Para efeitos do disposto no nº anterior, o tribunal designa a entidade que considere mais adequada para ao acompanhamento da execução da medida; 4 - No caso previsto no nº3 do art.º 50º (modalidades de acompanhamento em instituição), a situação é obrigatoriamente reexaminada de três em três meses”.

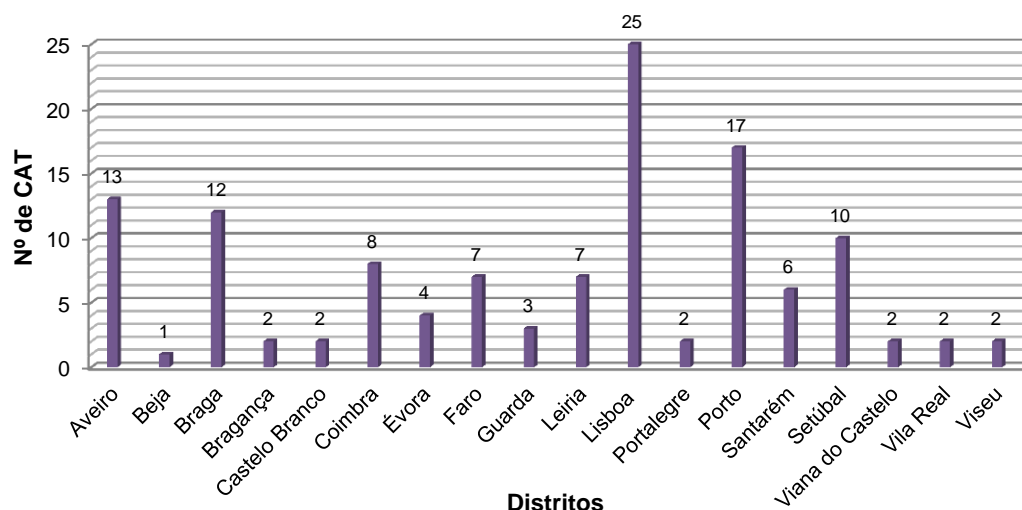
A duração das medidas em meio natural de vida (art.º 60º): apoio junto aos pais, apoio junto de outro familiar, confiança a pessoa idónea e apoio para autonomia de vida, possuem a duração estabelecida no acordo ou na decisão judicial; as medidas referidas anteriormente, não podem ter duração superior a um ano, podendo ser prorrogadas até 18 meses. A duração das medidas em colocação (art.º 61º): acolhimento familiar e acolhimento em instituição têm a duração estabelecida no acordo ou decisão judicial. No que concerne à revisão das medidas, segundo o art.º 62º: a medida aplicada é obrigatoriamente revista terminado o prazo fixado no acordo ou decisão judicial; a revisão da medida pode ser efetuada antes de ter decorrido o prazo fixado no acordo ou decisão judicial, oficiosamente ou a pedido das CPCJ ou Instituições de acolhimento, desde que devidamente justificada. A decisão de revisão das medidas pode determinar: cessação da medida; substituição da medida por outra mais adequada; continuação ou prorrogação da execução da medida; verificação das condições de execução da medida.

Concluída a análise dos aspetos mais importantes da lei 147/99 de 1 de Setembro passamos agora à enumeração de algumas das respostas sociais de proteção à infância e juventude. Designadamente, a ama/creche familiar, a creche, o centro de atividades de tempos livres, o centro de apoio familiar, a equipa de rua de apoio a crianças, o lar de infância e juventude, o apartamento de autonomização, o centro de férias e lazer, intervenção precoce, as unidades de emergência de acolhimento de crianças, linhas telefónicas de emergência, (ex.: LNES - Linha Nacional de Emergência Nacional 144) e o Centro de Acolhimento Temporário. Será sobre este que nos debruçaremos de seguida.

2.2. Centro de Acolhimento Temporário – CAT

O Centro de Acolhimento Temporário é uma das respostas sociais desenvolvida em equipamento, de que a Segurança Social dispõe para a problemática dos maus tratos a crianças e jovens. Este destina-se ao acolhimento temporário de crianças e jovens dos 0 aos 18 anos, de ambos os sexos (0-12 anos/12-18 anos) por um período não superior a 6 meses (salvo exceções tecnicamente justificadas) e a quem foi aplicada uma medida de promoção e proteção. Em Portugal, de acordo com os dados mais recentes da Carta Social (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2015) o número de CAT é de 119, apresentando a sua maior concentração em Lisboa, seguidos do Porto, Aveiro e Braga (ver gráfico nº 1).

Gráfico 1 – Distribuição de Centros de Acolhimento Temporário por distritos de Portugal Continental³



A capacidade de acolhimento de cada CAT depende dos acordos estabelecidos com a Segurança Social. A admissão de crianças no CAT é da responsabilidade do núcleo de gestão de vagas da Segurança Social do distrito onde se encontra inserido, mas rege-se invariavelmente por objetivos primordiais, que são:

- Assegurar o alojamento temporário de crianças/jovens em perigo;
- Satisfazer as necessidades básicas das crianças/jovens acolhidas;

³http://www.cartasocial.pt/index2.php?filtrar=hidden&foco=cb_valencia&cod_distrito=0&cod_concelho=0&cod_freguesia=0&cod_area=13&cod_valencia=1304

- Proporcionar o apoio social e educativo adequado à idade e características de cada criança/jovem;
- Diagnosticar cada criança e jovem e definir os respectivos projetos de vida, com vista à inserção familiar e social ou a outro encaminhamento que melhor se adeque à sua situação;
- Intervir junto da família juntamente com as entidades e as instituições que promovem os direitos das crianças e jovens.

Independentemente da gestão realizada por cada CAT, no que concerne a quem faz parte do acolhimento, normas/regras, horários e atividades, podem-se distinguir dois processos elementares de acolhimento dos menores: o normal e o de emergência.

A diferença entre estes dois tipos de acolhimento está relacionada com a tomada de conhecimento sobre o acolhimento e o acolhimento propriamente dito. No acolhimento normal tem-se conhecimento da situação da criança/jovem e é agendado um dia para que o mesmo ocorra; no acolhimento de emergência, a tomada de conhecimento sobre o acolhimento e a institucionalização acontecem no mesmo dia. Esta situação deve-se à aplicação do art.º 91º da lei 147/99 de 1 de Setembro. Neste artigo está descrito que caso exista uma situação de perigo iminente de vida ou para a integridade física da criança/jovem, qualquer entidade com competência em matéria da infância e juventude ou CPCJ pode agir de forma imediata de forma a salvaguardar a proteção dos menores em causa. Para tal, solicitam a intervenção do tribunal e das forças policiais. Caso não haja possibilidade de o tribunal atuar no imediato, as entidades policiais retiram a criança/jovem da situação de perigo e asseguram a sua proteção numa Casa de Acolhimento Temporário, Lar de Infância e Juventude, entre outras. Quando já for possível a atuação do tribunal, este tem 48h para proferir uma decisão provisória que vise a salvaguarda do superior interesse da criança/jovem.

Para melhor se compreender como se processa um acolhimento, importa clarificar o entendimento dado à sinalização da situação de risco/perigo. A **sinalização** é um ato de dar a conhecer uma situação ou suspeita de maus tratos mediante denúncia. É da competência de qualquer pessoa fazer a sinalização (dependendo da gravidade e perigo da mesma), incluindo a própria vítima. De um modo geral, a sinalização deste tipo de casos deve ser feita às CPCJ, entidades competentes em matéria de infância e juventude, entidades policiais, ou ao Ministério Público através do tribunal da área de residência do menor. É de salientar que para todos os funcionários públicos de acordo com o artigo 242º do código de processo penal, é obrigatória a denúncia das situações de maus tratos mesmo que não sejam conhecidos os agentes do crime. Ainda assim,

este dever de denúncia foi alargado para a população em geral com a lei 147/99 de 1 de Setembro, art.º 66º.

Na eventualidade de existir uma denúncia, deve ser registada a identificação da criança/jovem em risco/perigo, a identificação do agregado familiar, a residência, pormenores sobre o sucedido ou suspeita, bem como informações relativas a algumas necessidades específicas do menor. Após a denúncia, é então realizada uma avaliação e investigação, a fim de averiguar a veracidade dos factos, bem como definir a estratégia a seguir e a entidade que acompanhará o caso, tendo em conta a sua gravidade. *A posteriori* é efetuado um diagnóstico, tendo por base a situação de urgência e situação de perigo. Posto isto, é aplicada ao menor uma medida de promoção e proteção dos seus direitos que podem ser executadas de acordo com a lei 147/99 de 1 de Setembro art.º 35, em meio natural de vida (apoio junto aos pais ou de outro familiar, confiança à pessoa idónea ou apoio para a autonomia de vida) ou em regime de colocação (acolhimento familiar e acolhimento em Instituição). No caso de a situação ser de perigo iminente para o menor, enquanto é elaborado o diagnóstico pode aplicar-se uma medida de promoção e proteção de forma provisória art.º 37º da lei 147/99 de 1 de Setembro. Nestas situações, as medidas a aplicar podem ser tomadas pela CPCJ ou ECMIJ, acompanhadas pela intervenção dos tribunais ou entidades policiais. Enquanto não for possível a intervenção dos tribunais, pode incumbir às forças policiais a determinação do acolhimento do menor em unidades de emergência, em CAT, famílias de acolhimento, entre outras. Quando finda o prazo fixado no acordo ou na decisão judicial da medida aplicada, esta é obrigatoriamente revista, esse período para a revisão da medida aplicada nunca pode ser superior a seis meses (art.º 61º nº1 da lei 147/99 de 1 de Setembro) (Magalhães, 2005).

No que concerne ao **plano de acolhimento**, este tem como principal objetivo delinear estratégias de ação a adotar face à entrada de uma nova criança/jovem para o CAT. Pode-se afirmar que este é tripartido, uma vez que se encontra dividido em três grandes momentos de ação: (i) a tomada de conhecimento sobre o acolhimento, (ii) a preparação do acolhimento e (iii) o dia do acolhimento. No que concerne ao primeiro momento, existe um contacto efetuado pela entidade sinalizante ao CAT. Este contacto é efetuado pelo Gestor de Vagas do Instituto da Segurança Social do Centro Distrital a que pertence o CAT, o qual informa a Equipa Técnica acerca da possibilidade de vir a ter o acolhimento de um menor. Posteriormente é enviado para o CAT um relatório de avaliação diagnóstica acerca da criança/jovem e sua família. Esta informação é analisada pela Equipa Técnica do CAT a fim de obter conhecimento das necessidades verídicas, ao nível físico, psicológico e social da criança/jovem e do seu

agregado familiar. Posteriormente é nomeado pelo Diretor Técnico do CAT um Encarregado de Educação pertencente à Equipa Educativa/Técnica do mesmo.

No que se refere ao segundo momento, preparação do acolhimento, importa referir que compete à Equipa Técnica do CAT articular com o Coordenador de Caso (técnico da CPCJ ou EMAT responsável pelo processo) a fim de procederem aos preparativos necessários ao acolhimento da criança/jovem. Neste segundo momento, é elaborado pela equipa técnica do CAT o processo individual da criança/jovem acolhido, do qual consta informação pessoal e familiar (identificação, data de nascimento, composição familiar e dados de identificação dos mesmos, contactos telefónicos da família, outros familiares e/ou pessoas significativas), aspetos jurídico-legais (situação legal, i.e., medida aplicada e prazos para a sua respetiva revisão; motivo do pedido do acolhimento; relatórios e informações psicossociais), relação com a família e/ou outros significativos (regime de contactos familiares, dados de avaliação da família), relação com a escola (registo das reuniões, plano educativo individual elaborado pela escola, avaliações/apreciações), estado geral de saúde (registos das consultas clínicas, exames médicos, prescrição medicamentosa, sessões de apoio especializado, como terapia da fala, fisioterapia e psicoterapia), relação com a comunidade (atividades extracurriculares, lúdicas e desportivas; formas de participação da comunidade no CAT), plano socioeducativo individual, plano cooperado de intervenção e projeto de vida. Ainda antes do acolhimento da criança/jovem, é da competência da Equipa Técnica comunicar aos restantes utentes e colaboradores do CAT, a entrada de um novo elemento.

Finalmente, no terceiro momento, o dia do acolhimento, a criança/jovem a ser acolhido vem acompanhado pelo seu Coordenador de caso até ao CAT. Aquando da receção da criança/jovem no CAT, deve estar presente pelo menos um elemento da Equipa Técnica. O menor na companhia do seu encarregado de educação (se possível) irá conhecer a instituição (os espaços que a mesma irá utilizar) e restantes utentes/colaboradores. Enquanto isso, um elemento da equipa técnica reúne com o coordenador de caso a fim de se proceder à entrega dos documentos pessoais da criança (cédula pessoal, cartão de utente, boletim de vacinas, relatórios e informações obtidas por outros parceiros sociais que tenham conhecimento da situação da menor); no caso de existir inacessibilidade a estes documentos, é da competência do CAT acionar os meios necessários para a sua obtenção. É também neste momento efetivada a entrega do acordo de proteção/decisão judicial e definida a data da segunda revisão para acompanhamento da execução da medida. Nesta fase, também

é dado a conhecer à criança/jovem e suas famílias as regras de funcionamento do CAT (regulamento interno).

Após a **institucionalização** de uma criança no CAT, são diligenciadas algumas ações no sentido de lhes proporcionar um apoio psicossocial de acordo com as suas necessidades (ex. ao nível da saúde, ao nível escolar, ao nível dos contactos, etc.). Deste modo, e de acordo com o plano de acolhimento em vigor, é dever do CAT acionar todos os meios necessários para que os menores usufruam de cuidados de saúde adequados às suas necessidades. Para tal, são tidos em conta alguns procedimentos, nomeadamente, a deslocação até à Unidade de Saúde/Centro de Saúde da área de residência do CAT, a fim de se inscrever a criança (no caso de não estar inscrita em nenhuma Unidade de Saúde/Centro de Saúde) ou de se pedir a transferência da mesma (no caso de já estarem registados noutra Unidade de Saúde / Centro de Saúde) para aquela Unidade/Centro. Aquando desta inscrição/transferência faz-se o pedido de atribuição de médico de família (normalmente é o mesmo para todas as crianças, à exceção daquelas que fazem parte da localidade e que já possuíam médico de família à data da sua institucionalização). Uma vez confirmada a inscrição/transferência na Unidade de Saúde/Centro de Saúde é marcada uma primeira consulta com o médico de família. Normalmente, antes do acolhimento a maioria das crianças teve um acompanhamento médico deficiente; com estas consultas pretende-se saber se a criança carece de algum cuidado especial de saúde, se é saudável, se tem as vacinas em dia, se é necessário ser encaminhada para outra especialidade que não a de saúde infantil, entre outras situações. Para além disto, e no caso de a criança já ser acompanhada em algumas especialidades, cabe ao CAT assegurar a articulação com essas unidades. Após essa articulação e se necessário/possível o processo clínico da criança, é transferido para o Hospital mais próximo da sua área de residência (no caso de possuir a especialidade em causa, caso contrário mantém seguimento no Hospital de origem). Em suma, o acompanhamento da criança na área da saúde deve ser realizado de acordo com o programa de vigilância nacional, salvo quando é necessário a intervenção de outras especialidades. A informação referente ao estado de saúde do menor é confidencial e de acesso restrito.

No que respeita ao acompanhamento escolar, é dever dos CAT proporcionar às crianças/jovens um apoio educativo adequado à sua idade e características individuais. Neste seguimento quando se dá a admissão de um novo utente procede-se à transferência e/ou inscrição em creche, jardim-de-infância, escolas primárias e secundárias da área de residência do CAT, a fim de, proporcionar às crianças/jovens o

acompanhamento devido (do qual resulta também um acompanhamento diário ao estudo dos menores efetuado pela Equipa Técnica e/ou Equipa Educativa). Para além destes acompanhamentos, os CAT desenvolvem algumas atividades que permitem às crianças/jovens terem um bom desenvolvimento psicossocial, das quais destacamos a elaboração de uma Avaliação Diagnóstica (AD), de um Programa de Acolhimento Inicial (PAAI), de um Plano Sócio Educativo Individual (PSEI) e de um Plano Cooperado de Intervenção (PCI).

2.3. Vivências nos CAT

Os CAT constituem, na sua essência, instituições totalitárias. Segundo Goffman “uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos, com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (1961, cit in Guinsburg, 2005, p.11). Quer isto dizer que as instituições totalitárias se caracterizam por funcionarem em regime fechado de internamento, onde vive um grupo numeroso de indivíduos a tempo inteiro. Estas instituições, no caso particular dos CAT funcionam como local de residência dos internados (menores institucionalizados), de lazer e de algumas atividades características, designadamente terapêuticas e assistencialistas.

O CAT enquanto instituição totalitária determina as experiências dos menores institucionalizados e dos colaboradores, bem como as relações que se estabelecem entre si. As características fundamentais da instituição totalitária e as características particulares dos CAT determinam, em conjunto, o modo como se desenrola a vida das crianças/jovens institucionalizadas e profissionais que lá trabalham. Assim, cada um interpretará o seu internamento de maneira diferente: há menores que aceitam e gostam de viver no CAT, enquanto outros não gostam e se sentem revoltados. Podemos corroborar esta afirmação através da análise dos dados recolhidos num estudo qualitativo realizado em 2013 (não publicado) no âmbito da disciplina de Teoria Social Aplicada à Análise da Desqualificação Escolar, do presente Mestrado, que teve como objetivo perceber como é que a institucionalização era vivenciada por uma amostra de 5 crianças, com idades compreendidas entre os 7 e os 10 anos de idade acolhidas num CAT da zona Norte do País. Através da realização de uma entrevista individual foi possível concluir que todas as crianças participantes no estudo gostavam de viver na instituição de acolhimento, salientando como aspetos positivos a relação que estabeleceram com as suas prestadoras de cuidados, restantes utentes e Equipa

Técnica. Como aspetos negativos, foram evidenciadas situações de briga entre as restantes crianças acolhidas e a ausência de amigos da mesma idade para brincar.

Estas diferentes interpretações, por vezes simultaneamente presentes e geradoras de ambivalências, estão relacionadas com as interações do quotidiano entre as pessoas que constituem a vivência na instituição. Cada criança irá ajustar a sua interpretação e os seus comportamentos mediante as interpretações e comportamentos dos outros, sejam eles outras crianças ou técnicos. Um exemplo ilustrativo remete-nos para a rispidez das colaboradoras para com as crianças/jovens no CAT, a qual tende a aumentar a agressividade destes, assim como, de modo inverso, a afabilidade das colaboradoras propicia a meiguice das crianças/jovens. Deste modo, Goffman (1973, p.23) define interação como “a influência recíproca que os parceiros exercem sobre as suas ações respetivas quando estão na presença física imediata uns dos outros”.

De um modo geral, o carácter total das instituições provoca nos internados transformações no seu “eu”, incitando alterações do ponto de vista pessoal e social. Esta mortificação do “eu” está relacionada com o momento de entrada para a instituição, através do retirar de bens que fazem perder o seu conjunto de identidade e segurança pessoal, da elaboração de um processo individual que viola a reserva de informações relativa ao internado, da imposição de regras de conduta, entre outras. Deste modo, aquando da institucionalização ocorrem mecanismos de reorganização pessoal, reestruturação.

A adaptação do internado pode ocorrer através de “ajustamentos primários”, ou seja o internado contribui para as atividades estipuladas pela instituição, ou de “ajustamentos secundários”, quando os internados utilizam meios não autorizados para obter satisfações proibidas. As estratégias que os internados vão utilizar para se adaptarem são respostas que dão às regras da instituição. Estas ocorrem através de “ajustamentos primários”, de “ajustamentos secundários”, ou da combinação de ambos em diferentes fases da institucionalização. Goffman denomina as diferentes fases da institucionalização como: “afastamento da situação”, abstração do internado perante os acontecimentos; “intransigência”, o internado não coopera e adota uma postura de desafio perante a instituição; “colonização”, o internado considera a institucionalização preferível quando comparada às más experiências que teve no mundo externo; “conversão”, o indivíduo aceita a sua condição de institucionalizado e representa o internado perfeito; “viração”, nesta fase o internado opta pela junção de várias estratégias de modo a evitar sofrimentos físicos e psicológicos; e “imunização”, a instituição passa a ser vista pelo internado como um mundo habitual sem novidades (Kunze, 2009).

Em linha com estas fases associadas aos processos de institucionalização, importa também abordar as percepções das crianças/jovens acerca do mesmo. Sobre este ponto, podemos referir que as opiniões são diferentes nos vários estudos encontrados. Por exemplo, num estudo longitudinal realizado na Austrália a 99 crianças com médias de idades de 11 anos, colocadas aos cuidados de famílias de acolhimento e de instituições, concluiu-se que mais de 80% das crianças se encontram satisfeitas com as suas situações de colocação, sentindo-se seguras e felizes (Desfabbro, Barber & Bentham, 2002). Noutro estudo concretizado com 6 adolescentes do sexo feminino de idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, a residir num LIJ da área metropolitana do Porto, concluiu-se que embora inicialmente as adolescentes tivessem tido impressões negativas acerca da situação vivenciada, ao longo do tempo com as relações estabelecidas com os seus pares, estas encararam a institucionalização de forma positiva (Faria, Salgueiro, Trigo & Alberto, 2008). Por outro lado, num estudo concretizado com 9 jovens adolescentes do sexo masculino, de idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos, a residir num LIJ da zona do Porto, obteve-se uma opinião geral de que a vivência na instituição é encarada de forma positiva. Os participantes no estudo referem que inicialmente a adaptação não foi fácil, descrevendo-a como negativa, devido às ruturas que a institucionalização implicara (Carvalho & Manita, 2010). Estes dados são concordantes com os resultados obtidos no estudo de Gomes (2005), em que os jovens referem terem encarado o momento da institucionalização como uma fase difícil e dolorosa, associando este momento a sentimentos de medo, revolta, confusão, sensação de perda de liberdade. No entanto, a apreciação global que estes jovens auscultados fazem do seu período de institucionalização é negativa, embora lhe confirmem alguns sentimentos positivos como a compreensão, o apoio, a proteção e a segurança (Gomes, 2005).

3. Adversidade, estratégias de coping e resiliência

De acordo com Lazarus e Folkman (1984, cit. in Ryan-Wenger, 1990, p. 344), as **estratégias de coping** traduzem-se num conjunto de esforços comportamentais e cognitivos que o ser humano utiliza para se adaptar a situações adversas. São esforços conscientes e intencionais utilizados perante situações de stresse. Estes autores defendem que o *coping* se divide em duas categorias funcionais, designadamente, *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. O primeiro inclui ações concretas por parte da criança, com o intuito de modificar uma situação ou apenas a sua relação perante a mesma, e permite lidar com os desafios do meio externo. Quanto ao *coping* focalizado na emoção, está relacionado com

estratégias que a criança utiliza para reduzir uma sensação física desagradável provocada por um estado de stresse (ex.: chorar, gritar, fazer festas num peluche...). No entanto, Ryan-Wenger (1990) afirma que nas crianças não há necessidade de fazer esta distinção entre estratégias de *coping* focalizadas no comportamento e estratégias de *coping* focalizadas na emoção, uma vez que, na maioria das situações a criança não é capaz de alterar os fatores de stresse (ex.: situações de conflitos familiares). Nestes casos restam apenas duas soluções que são a criança adotar comportamentos de distração e de evitamento.

Relativamente à eficácia do *coping*, existem diferentes opiniões. Alguns autores defendem que as estratégias focadas no problema são mais eficazes comparativamente às estratégias focadas na emoção, uma vez que se tornam mais capazes de reduzir a ansiedade vivenciada pela criança (Barros, 1999). Ryan-Wenger é da opinião que as estratégias de *coping* apenas podem ser encaradas de forma positiva ou negativa, mediante a situação em causa e os resultados obtidos, ou seja, a estratégia utilizada pela criança pode ser ou não eficaz para a resolução da situação de stresse vivenciada. Neste seguimento, diversos autores defendem que é tão importante avaliar as estratégias de *coping* que as crianças possuem como avaliar a perceção que estas têm acerca da sua eficácia (Ryan-Wenger, Spirito, Stark, Gil & Tic, 1995).

A **resiliência** é um termo francês que deriva do latim *resilientia*. Esta foi inicialmente utilizada pelo campo da metalurgia, com o intuito de caracterizar os materiais que detinham a capacidade de voltarem ao seu estado inicial após terem sofrido uma deformação, compressão, estiramento ou choque. A resiliência aplicada à física e à engenharia já tem vindo a ser estudada e aplicada há muitos anos, sendo um dos seus grandes percussores Thomas Young. Este investigador relatava experiências relacionadas com a tensão e compressão de barras, indagando acerca da relação existente entre a força que era aplicada num corpo e a deformação que esta provocava no mesmo. Estas experiências foram pioneiras para a criação do conceito de resiliência. Para se saber se um material era ou não resiliente realizavam-se medições contínuas num laboratório ou utilizava-se uma fórmula matemática que relacionava a tensão e deformação e daria um valor preciso da capacidade de resiliência dos materiais. Deste modo, chegou-se à conclusão de que diferentes materiais detinham diferentes níveis de resiliência. Young pretendia, com a utilização deste conceito, dar a perceber que a resiliência não estava ligada à ideia de rigidez, mas sim à capacidade de maleabilidade e adaptação.

Enquanto conceito aplicado às ciências sociais e humanas, a resiliência apenas começou a ser utilizada na década de 70 tendo como ponto de partida estudos na área da Psicologia. Os termos “invencibilidade” ou “invulnerabilidade” utilizados na psicologia são ainda hoje muito referidos na literatura como sendo os fundadores do conceito de resiliência. De acordo com Rutter (1985, 1993) a invulnerabilidade transmite a ideia de que o ser humano detém uma capacidade absoluta de resistir ao stresse, como se fossemos inatingíveis e não possuíssemos limites para aguentar o sofrimento. Porém, a resiliência e a invulnerabilidade não são conceitos análogos. As diferenças entre estes dois conceitos residem no facto de a vulnerabilidade transmitir a ideia de que se trata de uma característica inerente ao indivíduo; e a resiliência aludir à capacidade que o ser humano detém para ultrapassar uma situação adversa, sem que isto expresse que saia ileso dessa crise. Ainda assim, quando se estuda o conceito de resiliência é importante considerar a vulnerabilidade de modo a se poder ter em conta as fragilidades psicológicas específicas de cada indivíduo que aumentam os fatores de stresse e não permitem que este responda de forma satisfatória aos mesmos.

Rutter (1985) afirma ainda que a capacidade de resiliência varia consoante as circunstâncias. Mas afinal como se define a resiliência? Existem diversas definições para o conceito, dada a pluralidade de literatura existente acerca da temática. No entanto, salientamos a definição de Oliveira (2010, p.18) que a aponta como “a capacidade de responder, de forma saudável e produtiva, a circunstâncias de adversidade ou trauma, sendo essencial para gerir o stresse da vida quotidiana”. Segundo esta autora, todos os indivíduos possuem fatores de proteção, ou seja, condições que os ajudam a lidar de forma positiva com as situações ou problemas sem imergir nas suas consequências, e a resiliência é tida como algo necessário para que o indivíduo possa ultrapassar situações negativas da vida, recuperar de um trauma ou mesmo lidar com o stresse. Grotberg (1995, p.7) afirma a este propósito que a resiliência se afigura como uma capacidade que “permite que uma pessoa, grupo ou comunidade previna, minimize ou supere os efeitos nocivos das adversidades”.

Tendo em conta alguns autores, designadamente Lindstrom (2001), Infante (2005) e Melillo (2005), um dos estudos que serviu de ponto de partida para a construção do conceito de resiliência foi o *Estudo Longitudinal de Kauai*. Este estudo desenvolveu-se no Kauais, uma das quatro maiores ilhas do Havai e abrangeu todas as crianças nascidas em 1955 em condições de extrema pobreza e outras problemáticas de risco associadas. O estudo decorreu da observação destas crianças desde a nascença até aos 32 anos de idade. As autoras do estudo pretenderam identificar quais eram os

fatores que distinguíam os indivíduos que se adaptavam de forma positiva à sociedade, daqueles que seguiam condutas de risco e não conseguiam superar as adversidades da vida. Werner e Smith (1992, cit in Anaut, 2005) concluíram que a maioria das crianças que participaram no estudo conseguiu superar o impacto negativo dos problemas que vivenciaram (pais viciados, pais com doenças mentais, situações de divórcio, etc.). Assim sendo, as investigadoras descreveram estas crianças como sendo resilientes. Estas reconheceram ainda nestas crianças fatores de proteção, que as auxiliaram a lidar com os problemas vivenciados.

Os fatores de proteção podem variar de acordo com questões culturais ou etárias. Na opinião de Oliveira (2010), é consensual considerarem-se alguns fatores como sendo protetores, designadamente: ter uma boa rede e apoio à qual se possa recorrer (família, amigos, instituições, ...), ter pessoas de confiança com quem se pode contar e estar inserido num meio envolvente favorável. Já na opinião de Rutter (1987, cit in Oliveira, 2010) os fatores de proteção possuem quatro funções essenciais: reduzir o impacto dos riscos, alterando a exposição da pessoa à situação que lhe é adversa; reduzir as reações negativas em cadeia que se seguem à exposição do indivíduo à situação de risco; estabelecer e manter a autoestima e autoeficácia, através de relações de apego seguras e o do cumprimento de tarefas com sucesso; criar oportunidades para transformar os efeitos do stresse.

Rudkin, no seu livro *Community Psychology. Guiding Principles and Orienting Concepts* (2002, cit in Oliveira, 2010) refere que a cultura e posição social dos indivíduos afetam a ação dos fatores de proteção, ou seja, o que protege numa determinada cultura, pode não proteger noutras. Nesse sentido, Oliveira (2010, pp. 29-31), refletindo de uma forma multicultural e transversal, descreve quatro fatores de proteção essenciais para a resiliência:

Quadro 1 – Fatores de Proteção na Resiliência

Fatores de Proteção	Vantagens
Desenvolver relacionamentos interpessoais onde exista afeto e apoio	Os indivíduos que possuem bons relacionamentos interpessoais têm mais probabilidades de obter auxílio em tempos difíceis.
Resolver problemas e fixar objetivos	Os indivíduos que acreditam em si próprios e têm uma atitude positiva conseguem atingir objetivos e alcançar sucessos.
Participar ativamente	Os indivíduos resilientes praticam <i>hobbies</i> (ex.: desporto, leitura, pintura, ...) que os auxiliam a superar de forma saudável o stresse.
Aprender continuamente	Os indivíduos que continuam a aprender ao longo da vida através de viagens, leituras, entre outras, aumentam a sua capacidade de enfrentar novas situações com sucesso.

Após termos referenciado alguns fatores de proteção, torna-se essencial falarmos na aplicabilidade da resiliência. Seguindo a mesma linha de pensamento de Oliveira (2010), a resiliência pode ser aplicada para as seguintes finalidades:

Quadro 2 – Finalidades da Resiliência

Finalidades	Exemplos
Ultrapassar obstáculos decorrentes da infância	<ul style="list-style-type: none"> - Situações de divórcio; - Maus tratos; - Separação da família biológica; - Institucionalização.
Ultrapassar os potenciais estragos ocorridos durante a juventude e transformar-se num adulto que quer ser	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamentos desviantes; - Maus tratos.
Vencer as dificuldades quotidianas	<ul style="list-style-type: none"> - Situações de discussão entre amigos ou no trabalho; - Despesas inesperadas; - Perda de algum brinquedo/objeto especial; - Fobias.
Encontrar um novo significado ou finalidade para a vida	<ul style="list-style-type: none"> - Estar recetivo a novas experiências e desafios;

Através da análise destas quatro finalidades da resiliência, a autora conclui que as três primeiras são de carácter reativo, porque dependendo da situação assim será a resposta do indivíduo às adversidades. Quanto à quarta finalidade, a autora afirma que esta se relaciona com a coragem de cada indivíduo.

Quadro 3 – Fatores que dificultam o Desenvolvimento da Resiliência

Fatores Externos	Fatores Internos
<ul style="list-style-type: none"> - Divórcio dos progenitores; - Maus-tratos infantis; - Institucionalização; - Catástrofes naturais; - Morte de alguém familiar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Formas de pensar; - Comportamentos e rotinas rígidas.

Ao longo da vida são muitas as adversidades pelas quais o indivíduo tem de passar. O segredo está em cada indivíduo resiliente possuir recursos internos que lhe permitem saber lidar de forma positiva com estas contrariedades. Porém, nem todos os indivíduos são resilientes e adotam uma postura de negação face às adversidades da vida. Esta postura de negação está relacionada com a existência de alguns fatores

que dificultam o desenvolvimento da resiliência no indivíduo, nomeadamente: fatores internos e externos.

Os fatores externos relacionam-se com situações traumáticas/negativas que ocorrem ao longo da infância/juventude e podem ser irreversíveis. Os fatores internos, por sua vez, podem ser modificados/contrariados pelo indivíduo. Existem, assim, alguns obstáculos à resiliência que importa destacar: autovitimização, auto-desculpabilização, autocomiseração e auto-culpabilização; presença de pensamentos negativos; retardamento de decisões com o intuito de esperar que os problemas desapareçam sozinhos; não admitir falhas e erros em si mesmo e nos outros; adoção de comportamentos de dependência (ex.: consumo de álcool, consumo de tabaco, ...) e deixar-se ir a baixo devido aos acontecimentos negativos; comportamentos de insatisfação constante. De um modo geral, o indivíduo que não desenvolve resiliência dá origem a pensamentos negativos e comportamentos reativos. Torna-se incapaz de ver uma solução para poder sair da situação adversa em que se encontra. Mas, mudando a sua forma de pensar, o indivíduo pode encontrar soluções que lhe permitem superar algumas condições desfavoráveis. Contudo, nem todos os indivíduos reagem da mesma forma face a situações adversas idênticas, uns sucumbem aos seus riscos e outros não.

4. Objetivos

O presente estudo procura analisar o modo como as crianças/jovens acolhidos em Centros de Acolhimento Temporário vivenciam a sua institucionalização, tendo por base a recolha de indicadores de ajustamento psicológico. Mais especificamente pretende-se: (i) avaliar o estado emocional (nível de depressão/ansiedade), o perfil de resiliência e de estratégias de *coping* adotadas num grupo de crianças/jovens institucionalizadas em CAT; (ii) verificar a relação de algumas condições sociodemográficas (sexo, idade) e relativas à institucionalização (motivo, duração e projeto de vida) com indicadores de resiliência, estado emocional e estratégias de *coping*.

5. Metodologia

5.1. Desenho da investigação

A presente investigação é de natureza quantitativa, de carácter transversal e correlacional. Quantitativa, porque ao longo da investigação predominam os métodos

estatísticos com utilização de variáveis definidas e de cálculos estatísticos; transversal, quanto ao tempo em que decorre o estudo, uma vez que as escalas foram aplicadas num único período pré-definido; e correlacional, já que procura estudar a possível associação estatística (correlação) entre variáveis (Bento, 1993).

5.2. Seleção da Amostra e Procedimentos de Recolha de Dados

Para a realização deste estudo, foram tidos em conta alguns procedimentos. Deste modo, importa referenciar que inicialmente foram contactados os autores das escalas que iriam ser utilizadas, solicitando-se a autorização para a aplicação das mesmas. Todos os autores responderam afirmativamente ao nosso pedido. Posteriormente iniciou-se uma pesquisa via internet, a fim de verificar quais os Centros de Acolhimento Temporário que preenchiam os critérios necessários (crianças com idade igual ou superior a 8 anos) para a aplicabilidade do estudo em causa. Através desta pesquisa seleccionámos 14 Centros de Acolhimento Temporário da zona Norte. O passo seguinte, foi contactar via correio eletrónico os respetivos diretores das instituições no sentido de auscultar a possibilidade de realização do estudo. Na ausência de resposta por parte de alguns Centros de Acolhimento Temporário optou-se por um contacto telefónico. Ao todo, 7 CAT deram parecer favorável quanto à realização do estudo, 3 não deram qualquer resposta e 4 responderam negativamente, alegando diferentes motivos, nomeadamente: não possuírem crianças com idades iguais ou superiores a 8 anos (requisito obrigatório), não estarem interessados no estudo e estarem já a participar noutros estudos. Após a obtenção dos consentimentos informados para a realização do estudo, seguiu-se o agendamento das visitas às instituições.

O estudo integrou a aplicação de um questionário sociodemográfico e de três escalas (ver ponto seguinte). Inicialmente foi explicado às crianças/jovens o objetivo do estudo, bem como deveria ser feito o preenchimento das escalas. Em média os participantes demoraram 10/15 minutos a responder a todas as escalas (alguns necessitaram de ajuda para a interpretação das questões). Importa expor que houve uma instituição que, devido à incompatibilidade de horários, implicou que os técnicos da mesma aplicassem as escalas em substituição dos autores do estudo. Nesta situação foi enviado um correio eletrónico com todas as orientações para o efeito, deixando salvaguardada a disponibilidade para quaisquer esclarecimentos necessários.

Os instrumentos foram aplicados a uma amostra de 30 crianças/jovens pertencentes a 7 CAT da zona Norte do país, que constituíram uma amostra de conveniência. As 30

crianças tinham idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos. Por fim, cumpre ainda informar que todas as crianças/jovens que participaram no estudo, foram recompensadas com chocolates, rebuçados, chupas e balões.

5.3. Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico foi aplicado a dois grupos distintos, nomeadamente: aos técnicos da instituição e às crianças/jovens participantes no estudo. Pretendeu-se, desta forma, perceber se as crianças/jovens tinham a real perceção de alguns elementos da sua institucionalização (ex.: motivo da institucionalização, data da institucionalização), confrontando posteriormente os dados recolhidos (das crianças/jovens e dos técnicos). Estes questionários tinham apenas duas questões em comum, designadamente: o motivo e data da institucionalização das crianças/jovens.

No questionário sociodemográfico das crianças/jovens constavam nove questões de resposta rápida: “és rapaz ou rapariga?”; “quantos anos tens?”; “na escola em que ano andas?”; “porque é que vieste para esta instituição?”; “vieste para esta instituição quando? (em que dia e mês de que ano)”;

“tens algum irmão que esteja a viver numa instituição?”; “os teus familiares visitam-te nesta instituição?”; “já viveste noutra instituição?”; e “qual é a profissão dos teus pais?”. Do questionário sociodemográfico aplicado aos técnicos constavam apenas três questões consideradas por nós como sendo as mais importantes, particularmente: “motivo da institucionalização”; “data da institucionalização”; e “projeto de vida”.

Escala de Resiliência

A Escala de Resiliência (*Resilience Scale* – RS de Wagnild & Young, 1993) foi adaptada e validada para a população portuguesa por Felgueiras e col. (2011). Avalia cinco componentes que, segundo as autoras, cotam a resiliência, designadamente: perseverança (itens nº 1,2,9,10, 23 e 24; ex.: *sou determinado*), autoconfiança (itens nº 14,15,17,18,19,20 e 22; ex.: *tenho autodisciplina*), serenidade (itens nº 4,6,12 e 16; ex.: *vivo um dia de cada vez*), sentido de vida (itens nº 8,11,13,21 e 25; ex.: *a minha vida tem sentido*) e auto-suficiência (itens nº 3 e 7; ex.: *normalmente faço as coisas conforme elas vão surgindo*). Os itens estão escalados em sete pontos de 1 – discordo totalmente a 7, concordo totalmente. Todos os itens estão formulados num sentido positivo. Os valores totais são obtidos através do somatório dos valores das respostas

conseguidas. As pontuações variam de 25 a 175, em que valores mais altos correspondem a elevada resiliência. Valores de 25 a 115 correspondem a uma baixo nível de resiliência, de 116 a 145 a um nível moderado e de 146 a 175 a um nível alto.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (*Depression, Anxiety and Stress Scale*, de Lovibond 1995) foi adaptada para português por Leal e col. (2004). Esta escala é tripartida e inclui três subescalas, nomeadamente: depressão, ansiedade e stresse. Cada uma destas dimensões possui sete itens. A dimensão Depressão avalia a disforia (item nº 13; perturbação provocada pela ansiedade), anedonia (item nº 3; perda de capacidade de sentir prazer), desânimo (item nº 10; abatimento), falta de interesse ou de envolvimento (item nº 16), auto-depreciação (item nº 17), desvalorização da vida (item nº 21) e inércia (item nº 5; falta de ação). A dimensão ansiedade avalia a excitação do sistema autónomo (itens nº 2, 4 e 19), efeitos músculo-esqueléticos (item nº 7), ansiedade situacional (item nº 9) e experiências subjetivas de ansiedade (itens nº 15 e 20). Finalmente, a dimensão stresse avalia dificuldade em relaxar (itens nº 1 e 12), excitação nervosa (item nº 8), facilmente agitado/chateado (item nº 18), irritável/reacção exagerada (itens nº 6 e 11) e impaciência (item nº 14). As respostas são dadas numa escala tipo Likert, em que cada criança avalia de 0 a 3 (0=“não se aplicou nada a mim”; 1=“aplicou-se a mim algumas vezes”; 2=“aplicou-se a mim muitas vezes” e 3=“aplicou-se a mim a maior parte das vezes”) a gravidade de cada sintoma reportando-se à semana anterior (ex.: *tive dificuldades em me acalmar*). Os resultados de cada subescala (ansiedade, depressão e stresse) são determinados pela soma do resultado dos 7 itens. Esta escala fornece três notas, uma por cada subescala, em que o mínimo é 0 e o máximo 21, sendo que as notas mais elevadas correspondem estados afetivos mais negativos.

Inventário de Estratégias de Coping

O Inventário de Estratégias de *Coping* (*Schoolagers' Coping Strategies Inventory* – SCSI, de Ryan-Wenger, 1990) foi adaptado para a população portuguesa por Lima e col. (2002). É um instrumento de auto registo composto por 21 itens destinado a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos. Importa referirmos que a versão original era composta por 26 itens. No entanto, os autores que traduziram o SCSI acharam pertinente a exclusão de 5 itens, nomeadamente, do item 2, 16, 20, 22 e 23, uma vez que, consideraram que as crianças/jovens não tinham

capacidade para entender o que se pretendia averiguar. Na nossa análise baseamos-nos na versão portuguesa do SCSI. O inventário de estratégias de *coping* avalia a percepção que as crianças/jovens têm acerca das estratégias de *coping* que utilizam num acontecimento stressante (*Quantas vezes fazes isto?*) e a sua eficácia (*Quanto é que isto te ajuda?*). Relativamente à frequência, as opções de resposta variam entre: o nunca (0) e a maior parte das vezes (3) e quanto à eficácia, variam entre nunca faço isto (0) e ajuda muito (3). O fator 1 é constituído por 10 itens (itens nº 2, 4, 6, 7, 8, 13, 14, 16, 19 e 20) e avalia a distração cognitiva e comportamental (ex.: *comer ou beber* – item 8; *jogar um jogo* - item 13); o fator 2 engloba 5 itens (itens nº 9, 10, 11, 12 e 21) que descrevem formas de exteriorização de afetos negativos ou comportamentos de *acting out*, (ex.: *gritar ou berrar* – item 21; *implicar com alguém* – item 12); e o fator 3 (estratégias ativas) inclui 6 itens (itens nº 1, 3, 5, 15, 17 e 18) que descrevem formas de a criança lidar com os seus problemas (ex.: *falar comigo mesmo* – item 17); *chorar ou ficar triste* – item 3). Estas centralizam-se nos seus próprios recursos na tentativa de conseguirem resolver os seus problemas. No que diz respeito à cotação desta escala, é feita separadamente para a frequência e para a eficácia das estratégias utilizadas. Assim, quanto à frequência das estratégias utilizadas, podem-se obter 2 tipos de resultados: um primeiro através da soma de todas as respostas à pergunta *Quantas vezes fazes isto?*, que pode variar entre os 0 e o 78; e um segundo subtraindo ao total de itens (21) o nº de respostas “nunca” (0). Os resultados variam entre o 0 e o 21. Este cálculo indica o nº de estratégias diferentes utilizadas independentemente da frequência com que são utilizadas. Relativamente à eficácia das estratégias utilizadas, o resultado obtém-se através da soma dos 21 itens à questão “*Quanto é que isto te ajuda?*” e pode variar entre o 0 e 78. Este cálculo fornece a indicação da eficácia percebida acerca das suas estratégias de *coping*.

A autora da versão portuguesa desta escala (Lima e Col. 2002) refere que podemos agrupar as estratégias ativas em dois grupos: estratégias mais centradas na emoção e estratégias do tipo proactivo/de resolução de problemas. Deste modo, os itens pertencentes às estratégias centradas na emoção seriam: os números 1 e 3 e às estratégias do tipo proactivo/de resolução de problemas seriam os números 15, 5, 17 e 18.

5.4. Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22. No sentido de averiguar a relação existente entre as diferentes

variáveis consideradas, recorreu-se a diferentes tipos de testes. Recorreu-se, assim, à aplicação de testes não paramétricos, nomeadamente ao teste de Mann-Whitney para amostras independentes e ao teste de Kuskal-Wallis quando se pretendeu comparar dois grupos (ex. rapazes vs. raparigas). A relação existente entre duas variáveis foi testada através da correlação de Pearson.

6. Resultados

6.1. Caracterização da amostra

A presente investigação envolveu uma amostra de conveniência composta por 30 crianças/jovens da Região Norte do país que se encontravam institucionalizados em 7 Centros de Acolhimento Temporário diferentes. A tabela 1 (página seguinte) sistematiza a informação relativa às características sociodemográficas dos participantes.

A amostra estudada é constituída por 30 crianças/jovens (16 rapazes e 14 raparigas), com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos (média = 12.56 anos; DP=2.99). O nível de escolaridade predominante entre os participantes é o 5º ano (20%)

Dos 30 participantes, 36.7% foram institucionalizados devido a situações de negligência/maus-tratos (negligência ao nível dos cuidados de higiene, alimentação; maus-tratos físicos e psicológicos), 23.3% por exposição a fatores de risco (alcoolismo, violência doméstica no agregado), 30% por ausência de condições (económicas e habitacionais) e 10% por terem comportamentos desviantes (absentismo escolar). Neste seguimento, é igualmente relevante referir que 66.7% dos participantes têm irmãos institucionalizados, seja na mesma instituição ou noutra.

Quanto à situação dos progenitores dos participantes perante o trabalho, podemos constatar que predominam as situações em que apenas um deles se encontra empregado (40%), seguindo-se as situações em que tal informação se desconhece (23.3%), e em que ambos estão desempregados (16.7%).

No que respeita ao tempo de institucionalização, até à data de término da recolha dos dados (Junho de 2014), importa destacar que apenas 13.3% das crianças/jovens estavam institucionalizados há menos de 1 ano (tempo estipulado como desejável por lei), e que a maioria (46.7%) se encontrava no CAT há 3 anos ou mais. A grande maioria (60%) tem como projeto de vida a reintegração na família nuclear/alargada, 3.3% adoção, 23.3 % a autonomização e 13.3 % ainda não tinham projeto de vida delineado.

A maioria dos participantes recebe visitas na instituição por parte dos seus familiares (93.3%).

Tabela 1 – Características Sociodemográficas dos participantes

	Rapazes 16	Raparigas 14	Total (%) N=30
Idade			
8 aos 10 anos	5	4	9 (30 %)
11 aos 13 anos	5	5	10 (33.3 %)
14 ou mais anos	5	6	11 (36.7 %)
Ano de Escolaridade			
2º ano	2	1	3 (10 %)
3º ano	2	2	4 (13.3 %)
4º ano	1	0	1 (3.3 %)
5º ano	4	2	6 (20 %)
6º ano	1	2	3 (10 %)
7º ano	2	2	4 (13.3 %)
8º ano	2	1	3 (10 %)
9º ano	1	1	2 (6.7 %)
10º ano	1	2	3 (10 %)
12º ano	0	1	1 (3.3 %)
Motivos de Institucionalização			
Negligência/Maus-Tratos	6	5	11 (36.7 %)
Exposição a Fatores de Risco	4	3	7 (23.3 %)
Ausência de Condições	6	3	9 (30 %)
Comportamentos Desviantes	1	2	3 (10 %)
Situação dos progenitores perante o trabalho			
Ambos os progenitores desempregados	4	1	5 (16,7%)
Apenas um dos progenitores empregado	5	7	12 (40%)
Ambos os progenitores empregados	2	1	3 (10%)
Desconhecida	3	4	7 (23,3%)
Um dos progenitores falecido	2	1	3 (10%)
Irmãos Institucionalizados			
Sim	12	8	20 (66.7 %)
Não	5	5	10 (33.3 %)
Viver noutra Instituição antes da atual			
Sim	5	4	9 (30 %)
Não	11	10	21 (70 %)
Visitas dos Familiares			
Sim	16	12	28 (93.3 %)
Não	0	2	2 (6.7 %)
Projeto de Vida			
Reintegração na família alargada ou nuclear	11	7	18 (60 %)
Adoção	1	0	1 (3.3 %)
Autonomização	2	5	7 (23.3 %)
Sem projeto de vida delineado	2	2	4 (13.3 %)
Tempo de Institucionalização no CAT			
<1 ano	3	1	4 (13.3 %)
1-2 anos	5	7	12 (40 %)
3 anos ou mais	8	6	14 (46.7 %)

6.2. Resiliência, estratégias de coping e estado emocional

Uma caracterização dos resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos RS, SCSII e EADS pode ser encontrada na tabela nº 2. Como se pode constatar, rapazes e raparigas apresentam níveis moderados de resiliência. Porém são os rapazes que

apresentam valores mais altos. A análise de cada uma das componentes da Escala de Resiliência, permite observar que é na “Autoconfiança” que ambos os sexos obtêm pontuações mais elevadas (valor médio para sexo masculino de 40 e para o sexo feminino de 35.5), seguindo-se a “Perseverança” (valor médio para o sexo masculino de 36.68 e para o sexo feminino de 30), “Sentido de Vida” (valor médio para o sexo masculino de 27.12 e para o sexo feminino de 25.64), “Serenidade” (valor médio para o sexo masculino de 25.18 e para o sexo feminino de 23) e, finalmente, “Auto-suficiência” (valor médio para o sexo masculino de 9.93 e para o sexo feminino de 8.57).

Tabela 2 – Resiliência, estratégias de *coping* e estado emocional dos participantes

	Rapazes X (DP)	Raparigas X (DP)	Total X (DP)
Escala de Resiliência (RS)			
Total [25-175]	138.43 (27.94)	125.57 (12.68)	132.43 (22.77)
Perseverança [6-42]	32.68 (5.09)	30 (4.48)	31.43 (4.93)
Autoconfiança [7-49]	40 (18.36)	35.35 (4.68)	37.83 (13.77)
Serenidade [4-28]	25.18 (2.61)	23 (3.55)	24.16 (3.22)
Sentido de Vida [5-35]	27.12 (5.67)	25.64 (3.29)	26.43 (4.70)
Autossuficiência [2-14]	9.93 (2.56)	8.57 (2.82)	9.30 (2.73)
Inventário de Estratégias de Coping (SCSI)			
Frequência das estratégias utilizadas			
Distração Cognitiva e Comportamental [0-30]	18.25 (4.90)	16.57 (6.12)	17.4 (5.47)
Exteriorização de Aspetos Negativos [0-15]*	6.81 (3.31)	3.28 (1.93)	5.16 (3.24)
Estratégias Ativas [0-18]	9.31 (2.15)	10.78 (2.88)	10.00 (2.58)
Centradas na Emoção [0-6]	2.50 (.73)	2.92 (1.20)	2.7 (.98)
Resolução de Problemas [0-12]	6.81 (2.10)	7.85 (2.24)	7.30 (2.19)
Eficácia das estratégias utilizadas			
Distração Cognitiva e Comportamental [0-30]	21.75 (5.44)	20.21 (6.07)	21.03 (5.70)
Exteriorização de Aspetos Negativos [0-15]	5 (3)	3.5 (1.9)	4.3 (2.65)
Estratégias Ativas [0-18]	12.37 (2.62)	13.28 (2.52)	12.80 (2.57)
Centradas na Emoção [0-6]	3.75 (1.06)	4.28 (1.13)	4.00 (1.11)
Resolução de Problemas [0-12]	8.62 (2.33)	9.00 (2.25)	8.80 (2.26)
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)			
Total [0-63]	28.12 (17.70)	20.71 (16.01)	24.66 (17.06)
Ansiedade [0-21]	10.00 (8.04)	6.00 (5.85)	8.13 (7.28)
Depressão [0-21]	6.87 (4.47)	7.00 (5.81)	6.93 (5.05)
Stresse [0-21]	11.25 (7.94)	7.71 (5.51)	9.60 (7.03)

* Médias com diferenças significativas (p com nível de significância de 0.05)

Em relação às estratégias de *coping* conforme avaliadas pelo Inventário SCSI, os valores observados nesta amostra demonstraram que as mais utilizadas são as de “distração cognitiva e comportamental” (média=17.4), seguindo-se as “estratégias ativas” (média=10) e a “exteriorização de aspetos negativos” (média= 5.16). Ainda no que diz respeito às “estratégias ativas”, de destacar que os participantes optam por utilizar estratégias mais centradas na resolução de problemas (média=7.30). É de salientar que são os rapazes quem mais utilizam a exteriorização de aspetos negativos, apresentando nesta estratégia diferenças estatisticamente significativas comparativamente às raparigas. Já quanto à eficácia das estratégias utilizadas, as estratégias de distração cognitiva e comportamental são consideradas pelos

participantes como sendo as mais eficazes (média=21.03) e as de exteriorização de aspetos negativos as menos eficazes (média=4.3).

Por fim, relativamente ao estado emocional das crianças e jovens conforme avaliado pela EADS, pode-se verificar que os mesmos apresentam valores globalmente reduzidos (média= 9.60 para o stresse, média=8.13 para a ansiedade e média= 6.93 para a depressão). Na análise a esta escala apuramos que as raparigas reportam menor ansiedade e stresse do que os rapazes e que estas apresentam valores ligeiramente superiores na subescala depressão. No entanto, estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

6.2.1. Institucionalização: motivo, duração e existência de projeto de vida vs. estado emocional, resiliência e coping

Analizou-se a relação entre algumas condições sociodemográficas (idade) e relativas à institucionalização (motivo, duração e projeto de vida), e indicadores de resiliência, estado emocional e estratégias de *coping* obtidos em cada um dos instrumentos utilizados. Assim, em relação ao estado emocional (EADS) e à resiliência (RS total e subescalas, verificou-se a inexistência de relações estatisticamente significativas. Apenas se encontraram relações significativas na SCSl, quer em relação à utilização, quer em relação à eficácia percebida das estratégias de *coping*. Quanto à frequência pôde-se encontrar uma relação entre a utilização das estratégias ativas centradas na emoção e a existência de projeto de vida, nomeadamente de autonomização. (p 0.033). No que respeita à eficácia, a significância está patente na utilização de estratégias ativas (geral e centradas na emoção) que varia em função dos motivos de institucionalização, encontrando-se mais preponderante no motivo “ausência de condições” (p 0.26 e p 0.039).

7. Discussão dos Resultados

A presente investigação teve como objetivo principal identificar indicadores de resiliência em crianças/jovens acolhidas em CAT na zona Norte do país. Para tal, foi nossa intenção efetuar uma análise descritiva das características sociodemográficas das crianças/jovens participantes no estudo. Assim, da análise dos dados obtidos, podemos constatar que os motivos de institucionalização com mais prevalência foram a negligência/maus-tratos (negligência física e emocional; maus tratos físicos e psicológicos) e a ausência de condições (falta de condições habitacionais, monetárias e ausência de suporte familiar). Estes resultados permitem aferir que as

crianças/jovens participantes no estudo apesar de sujeitas a situações traumáticas, e de a literatura descrever que a presença de um conjunto de fatores de risco num dado contexto pode aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos, evidenciam níveis moderados de resiliência (média=132.43) e baixos níveis de distress emocional.

Através da análise aos resultados do nosso estudo, verificamos que 36.7% dos participantes foram institucionalizados devido à problemática da negligência/maus-tratos. A negligência traduz-se na ausência de capacidades, por parte dos cuidadores da criança/jovem em lhes prestarem os cuidados adequados às suas necessidades, designadamente ao nível da higiene, da alimentação, da segurança, da saúde, da educação, da estimulação e do apoio (Magalhães, 2005). Sabe-se hoje, a este propósito, que a negligência é a terceira maior problemática que leva as crianças/jovens a serem institucionalizadas. Esta centra-se ao nível da negligência dos cuidados de saúde (30%) e educação (32%), encontrando-se, de seguida, a ausência de suporte familiar com 11.2%, e a exposição a mau trato físico 7.6% (CASA, 2014). De um modo geral, podemos afirmar que a negligência acarreta consequências para o desenvolvimento físico e emocional da criança/jovem.

No que diz respeito aos maus-tratos, estes podem assumir-se como físicos e psicológicos: os primeiros correspondem a qualquer ato que provoca no menor um dano físico não accidental por parte dos seus cuidadores (lesões, síndrome da criança sacudida, doenças, sufocações, entre outras consequências) (Magalhães, 2005); e os segundos caracterizam-se, essencialmente, pela ausência de afeto, provocando nos menores um sentimento de abandono e desvalorização. (Silva, 2001). Qualquer um destes maus tratos provoca na criança/jovem danos que podem ir desde lesões mínimas a sequelas de extrema gravidade. Contudo, segundo Magalhães (2005, p.63), “não é possível estabelecer uma correlação simples entre o tipo de maus tratos e as suas consequências a longo prazo, dado que a maior parte destes casos são mistos e a todos eles estão subjacentes os maus tratos emocionais, os quais pela sua natureza, são difíceis de identificar e controlar. Por outro lado, os efeitos das diferentes formas de maus tratos são cumulativos”. Ainda em consonância com a autora, podemos afirmar que os maus-tratos intrafamiliares são os que trazem consequências mais graves para as crianças/jovens, dado que originarão uma quebra de confiança e perda de segurança em casa que se traduzirá numa ameaça para o seu desenvolvimento. Deste modo, podemos assegurar que a longo prazo as situações de maus-tratos se traduzem em diversas consequências psicossociais, designadamente: ao nível cognitivo (ex.: défice cognitivo, défice na linguagem, ...); ao nível afetivo (ex.:

baixa autoestima, angústia, ...); ao nível comportamental (ex.: agressividade, isolamento, ...); por fim, ao nível psiquiátrico (ex.: depressão, neurose, ...).

Apesar da negligência/maus tratos estarem na base dos processos de institucionalização dos participantes neste estudo, e das consequências que lhe estão associadas do ponto de vista psicológico, as crianças/jovens apresentam níveis baixos de depressão, ansiedade e stresse, revelando, inclusive, níveis moderados de resiliência. Algumas das condições que caracterizam a realidade destas crianças e jovens devem, por isso, ser objeto de reflexão de modo a traçar-se uma linha explicativa para os resultados obtidos. Assim, numa primeira instância, e na sequência de se verificar a existência de vários irmãos em CAT (66.7% dos participantes neste estudo), torna-se pertinente apontar os benefícios da institucionalização de fratrias no mesmo Centro. A este propósito, Teixeira (2011, citando Widmer e Weiss, 2000) refere que quando o irmão mais novo vê o irmão mais velho como bem-sucedido, dando-lhe apoio, tende a apresentar menos sintomas depressivos e menos atitudes delinquentes. Sabendo-se que uma melhor ou pior resposta a situações adversas depende da interação estabelecida entre os fatores de risco e de proteção da criança/jovem, bem como da capacidade de resiliência da mesma, poder-se-á considerar a institucionalização de fratrias como um fator protetor e promotor de resiliência nas crianças institucionalizadas consideradas neste estudo. A corroborar esta ideia destaca-se um estudo realizado por Teixeira (2011) com jovens institucionalizados em LIJ da região Norte do país, em que a maior parte dos sujeitos participantes revelaram que o facto de terem irmãos institucionalizados com eles facilitou a sua integração/vivência no lar, considerando os irmãos como uma grande fonte de apoio, sobretudo emocional.

Em linha com a importância dos laços familiares, um aspeto que importa também considerar prende-se com as visitas que as crianças/jovens referem receber por parte dos elementos da família, já que surge a dúvida se estes relatam ter visitas apenas por pura idealização, por ser o que realmente gostariam que acontecesse, ou porque estas se concretizam realmente. Desde um ponto de vista empírico, é conhecimento adquirido que frequentemente as crianças se expressem através da idealização, “do como gostariam que as coisas fossem”. Os resultados obtidos por Cunha (2008) no seu estudo sobre as opiniões, representações e expectativas em relação à família, à institucionalização e à adoção por parte de 23 crianças/jovens institucionalizados, concluíram que no que se refere à família elas tinham uma imagem muito positiva, apesar dos maus-tratos por ela infligidos. Trata-se, muitas vezes, da idealização da família, como se pode constatar em alguns dos sentimentos que os participantes no

referido estudo revelaram ter em relação ao agregado familiar, nomeadamente medo e tristeza. Existe aqui um claro desfasamento entre o que sentem na realidade e o que idealizam como família que gostariam de ter. De acordo com Berger (1997, cit por Cunha, 2008), a criança elabora um processo de idealização de forma inconsciente, em relação à sua família. Este processo ocorre através de dois mecanismos que impedem a criança de pensar, designadamente: a negação, ou seja, quando a criança rejeita todos os argumentos que possam denegrir os progenitores; e a clivagem, quando a criança apresenta dois tipos de sentimentos diferentes em relação à mesma realidade (ex.: amor-ódio). Embora as crianças tenham a consciência de que os progenitores as maltrataram, estas não lhes atribuem a culpa, razão pela qual os continuam a amar e idealizar. Neste estudo em particular, a idealização das visitas, não correspondendo por certo à realidade (facto passível de se verificar com a informação recolhida junto dos técnicos), pode sugerir a presença desta fantasia em relação a uma família desejavelmente cuidadosa e presente nas suas vidas.

No que se refere aos projetos de vida para as crianças/jovens deste estudo, importa referir que a sua definição e concretização constituem um dos objetivos primordiais e fulcrais do acolhimento institucional. À data da realização do estudo, concluiu-se que o projeto de vida mais frequente foi a reintegração na família nuclear/alargada ou a autonomização. Já nos dados do CASA (2014), em Portugal as crianças/jovens em acolhimento institucional tinham maioritariamente como projeto de vida a autonomização (32%), seguindo-se a reintegração na família nuclear. Concretamente neste estudo, a ausência de projeto de vida delineado para algumas crianças/jovens acolhidas deve-se ao facto de muitas ainda não estarem há tempo suficiente na instituição para que o mesmo possa ter sido adequado às suas necessidades, ou por outro lado, ao facto do projeto de vida anteriormente delineado estar a sofrer redefinições por impossibilidade de concretização. É importante, todavia, salientar que a maioria das crianças/jovens participantes neste estudo se encontram institucionalizados no CAT há 3 ou mais anos e tendo em conta que legalmente os CAT foram pensados como respostas sociais desenvolvidas em equipamento destinadas ao acolhimento de crianças/jovens de ambos os sexos por períodos de duração inferior a 6 meses, a quem foi aplicada uma medida de promoção e proteção de acolhimento institucional, estamos perante uma incongruência entre aquilo que a lei prevê como tempo máximo de permanência nos CAT e aquilo que realmente acaba por acontecer. A concretização de projetos de vida seguros para cada criança/jovem é o motivo desejável para o cessar de um tempo de institucionalização que se determinou como necessário para a erradicação da situação de perigo, mas que

deverá, tal como a lei prevê, ser temporária e instrumental na vida da criança/jovem. (CASA, 2014). Na impossibilidade de ver concretizado em tempo útil (inferior a 6 meses) o projeto de vida delineado para a criança/jovem, tendem a ocorrer as situações de institucionalização prolongada. Nos dados plasmados no CASA (2014), em Portugal as crianças que cessaram o acolhimento em 2014 permaneceram nas instituições de acolhimento entre 1 a 3 anos, o que vai de encontro aos resultados obtidos na presente investigação (CASA, 2014, p.62).

Cuneo (2009, p.422) afirma que a institucionalização prolongada de crianças/jovens em instituições de acolhimento tem algumas implicações na vida da mesma, designadamente que "impede a ocorrência de condições favoráveis ao (seu) bom desenvolvimento", alegando que a "falta da vida em família dificulta a atenção individualizada, o que constitui obstáculo ao pleno desenvolvimento das potencialidades biopsicossociais da criança. A submissão a rotinas rígidas e o convívio restrito às mesmas pessoas comprometem o bom desenvolvimento da criança, além de limitar as suas possibilidades e oportunidades de desenvolver relações sociais amplas e diversificadas. A dinâmica institucional aprisiona a criança e não a protege da angústia de, mais tarde, enfrentar o mundo externo, que se lhe afigura misterioso e desconhecido". Seguindo as ideias expostas por este autor, podemos afirmar que a institucionalização prolongada pode provocar nas crianças/jovens marcas de dor profunda que, se não forem devidamente tratadas, têm grande probabilidade de permanecer se refletirem na saúde mental das mesmas.

Contudo, a institucionalização não é apenas caracterizada por riscos e fragilidades, que fazem com que seja um impacto negativo na vida das crianças/jovens. Esta também tem aspetos positivos e potenciadores que importa salientar. Para Zurita e Fernández del Valle (1996, cit por Martins, 2005) as vantagens para as crianças/jovens decorrentes da sua institucionalização são as seguintes: a criança/jovem está sujeita a menos ruturas e adaptações mal sucedidas, quando comparado a outros tipos de colocação; a promoção de um envolvimento e proximidade com a família biológica; os centros constituem contextos mais organizados com limites definidos; oferece às crianças/jovens um conjunto de serviços especializados para o tratamento de problemáticas; oferece experiências propiciadas por vivências de grupo, como o favorecimento de sentimentos de pertença. Em suma, apesar de os longos períodos de institucionalização trazerem consequências nefastas para a vida das crianças/jovens, a institucionalização muitas vezes ainda se afigura como a medida de promoção e proteção que melhor salvaguarda o superior interesse da criança, ainda que tal se traduza em períodos de permanência alargados. As

possíveis repercussões positivas desta resposta podem ainda ver-se nos indicadores de resiliência verificados.

Nesse sentido, que diz respeito à resiliência, destaca-se que a média dos seus níveis (média=132.43) é ligeiramente superior à obtida por Felgueiras (2008), nos estudos que realizou para a validação da escala para a população portuguesa (média=126.26). Porém, estes valores são sensivelmente mais baixos quando comparados com os obtidos pelas autoras da escala original (média=147.91). De acordo com Felgueiras (2008), esta diferença de valores pode dever-se ao facto de no estudo original a amostra ser constituída por mulheres de meia-idade, motivo pelo qual já vivenciaram ao longo da vida mais situações adversas que as poderão ter tornado mais resilientes.

Neste estudo constatou-se, igualmente, que embora os rapazes apresentem níveis de resiliência ligeiramente superiores aos das raparigas (médias de 138.43 e 125,57 respetivamente), ambos possuem níveis moderados de resiliência e não existem diferenças significativas. Importa referir que os valores obtidos nas diferentes componentes que a RS avalia se encontram sempre no tercil superior, indicando uma constância de elevada resiliência. Ainda assim, uma análise mais detalhada de cada um dos fatores da RS, permite verificar que o fator com valores mais altos corresponde à “autoconfiança”, ou seja confiança em si mesmo; e o mais baixo foi demonstrado na “autossuficiência”. Este facto poderá estar relacionado com as características das crianças/jovens em estudo, uma vez que se trata de uma população cuja média de idades é de 12.56 anos. Nestas faixas etárias ainda não está presente a maturidade necessária para poderem “estar por conta própria”, nem do ponto de vista legal isso é possível.

Relativamente à dimensão do *coping*, foi possível constatar que as crianças/jovens participantes utilizam com mais frequência e percecionam como mais eficazes as estratégias do tipo “distração cognitiva e comportamental”, seguindo-se as “ativas” e por fim a “exteriorização de aspetos negativos”. Podemos corroborar estes resultados ao analisarmos um estudo levado a cabo por Lima, Lemos e Guerra (2002) que teve como objetivo a validação da SCSl para a população portuguesa numa amostra de crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos. Dos resultados obtidos, as autoras ressaltam que as estratégias mais utilizadas são as do tipo “distração cognitiva” (ex.: ouvir música, ver TV, ler um livro) e as do tipo “ativas” (ex.: pensar em coisas boas). Tal como nos resultados verificados neste estudo, as estratégias menos utilizadas são as de “exteriorização de aspetos negativos” (ex.: agressão física e verbal). O facto de as crianças/jovens utilizarem com mais frequência estratégias do tipo “distração cognitiva e comportamental” pode estar relacionado com a faixa etária

das mesmas (média=12,56). Dell'Aglio (2003, cit por Altshuler e Ruble, 1989) menciona que a aplicação de estratégias do tipo “distração cognitiva” só se começa a verificar a partir dos 11 anos de idade, uma vez que, a utilização deste tipo de estratégias implica um pensamento mais complexo. Na perspectiva de Piaget, entre os 11 e os 15 anos ocorre o estágio “operatório formal”. Neste estágio o jovem manifesta um pensamento mais lógico, mais abstrato e idealístico (Pires, Azevedo, & Brandão, 2006). Podemos também salientar que os rapazes utilizam com mais frequência estratégias de “exteriorização de aspetos negativos” (média=6,81) quando comparados com as raparigas (média=3,28) e percecionam-nas como mais eficazes (média=5). As raparigas por sua vez utilizam mais estratégias do tipo “ativas” (média=10,78). Algumas pesquisas têm defendido que o género pode influenciar o tipo de estratégias de coping utilizadas, facto que se deve ao modo distinto como meninos e meninas são socializados. As meninas podem ser socializadas para o uso de estratégias pró-sociais e de expressão emocional, enquanto os meninos podem ser socializados para serem mais independentes e utilizar estratégias do tipo físico (ex.: agressão física, exercício físico, ...) (Aldwin 1994; Eiser, 1995; Lopez & Little, 1996 cit in Dell'Aglio et al., 1998; Patterson & McCubbin, 1983 cit in Lima et al., 2002).

Ainda no *coping*, obteve-se neste estudo uma relação significativa entre a utilização de estratégias ativas centradas na emoção e o projeto de vida de autonomização. Este tipo de projeto aplica-se quando o jovem já não tem possibilidade de ingressar no seu seio familiar e necessita de estar institucionalizado por um período de tempo mais longo, durante o qual são trabalhadas algumas competências que lhe permitirão subsistir de forma autónoma. Em conformidade com os dados do CASA (2014), este projeto de vida começa a ser aplicado a jovens com idades iguais ou superiores a 15 anos, embora também existam algumas situações (em menor número) em que o delineamento deste projeto de vida foi pensado entre os 6 e os 11 anos. Esta relação entre as estratégias centradas na emoção e o projeto de vida de autonomização pode ser explicado pelo facto das capacidades do *coping* focadas na emoção aparecerem mais tarde na infância e se desenvolverem na adolescência, uma vez que, é nesta fase que as crianças se tornam mais capazes de diferenciar, verbalizar e autorregular os seus sentimentos. Nas palavras de Leal et al. (2002, p.556), as estratégias “focadas na emoção relacionam-se com a perceção e distorção da realidade e podem funcionar através da promoção de otimismo e esperança ou também pela negação de factos objetivos e suas eventuais implicações”. Deste modo, os jovens cujo projeto de vida passa pela autonomização utilizam estratégias de *coping* focalizado na emoção com o intuito de aliviar e regular o seu estado afetivo associado ao stresse que um projeto de

vida desta dimensão implica. Seguindo este raciocínio, é ainda importante referir que as estratégias ativas centradas na emoção são mais utilizadas pelas raparigas e este projeto de vida foi também aplicado maioritariamente a jovens do sexo feminino. Conclui-se, assim, que esta relação pode ser possivelmente explicada através do sexo e da faixa etária das crianças/jovens, visto que é na adolescência que este tipo de estratégias são mais utilizadas, que são eleitas preferencialmente pelo sexo feminino e que é nesta faixa etária que um projeto de vida deste tipo é delineado. De um modo geral, o projeto de vida de autonomização exige do jovem uma força de vontade no processo de aprendizagem nesse sentido, implicando o eventual rompimento com as experiências vividas no passado.

Por fim, dos resultados obtidos na dimensão do *coping* constatamos que a eficácia das estratégias ativas (tentativa de resolução dos seus problemas) varia em função do motivo de institucionalização, designadamente da ausência de condições. Uma possível linha interpretativa deste resultado pode radicar no facto de que a ausência de condições do tipo habitacionais e económicas poder fazer com que as crianças/jovens sejam mais proactivas no sentido de quererem "fazer algo para resolver o problema" (item 5 da escala SCSI) enquanto a resposta/reação dada pelas crianças a outro tipo de maltrato tipo físico ou negligência provavelmente não será o mesmo. O facto de terem passado por privações materiais não significa que a criança/jovem não possa manter uma relação afetiva favorável com os seus cuidadores ou alguém significativo, o mesmo podendo não acontecer quando esta é maltratada física e/ou psicologicamente. Um maltrato físico/psicológico torna geralmente a criança/jovem mais agressiva e revoltada, o que faz que a criança percecionasse como mais eficazes as estratégias de "*acting out*" (exteriorização de aspetos negativos: estratégias de agressão física e verbal) e não seja tão proactiva.

Finalmente, um aspeto também a ressaltar no âmbito dos resultados obtidos com este estudo prende-se com o tempo de institucionalização que caracteriza a realidade das crianças/jovens entrevistados. A maior parte encontra-se na instituição há mais tempo do que aquele considerado desejável e definido legalmente para permanecer num CAT. Permitiu-se apurar que este facto deve-se essencialmente à dificuldade de se concretizarem projetos de vida adequados em tempo útil, já que tal pressupõe o envolvimento de vários atores, designadamente, a família, os serviços sociais e a própria criança. Todavia, importa evidenciar que destes vários atores, a concretização do projeto de vida da criança depende sobretudo da família, que na maioria das vezes não é capaz de se reabilitar e reunir condições para a reintegração da criança/jovem. Neste sentido existe um paradoxo entre o que a lei prevê como superior interesse da

criança/jovem (direito do menor se desenvolver de forma saudável e normal no plano físico, psíquico, espiritual, moral e social em condições de liberdade e dignidade) e prevalência da família (deve ser dada prevalência às providências que integrem a criança/jovem na família), visto que, em muitas situações ao se apostar de forma contínua na família e na reintegração da criança/jovem na mesma, se está a diminuir o tempo útil para a definição de outro projeto de vida que melhor se adeque às necessidades e interesse dos menores.

8. Limitações do Estudo

Refletindo sobre os resultados obtidos, sobre as conclusões a que se chegou e sobre todo o processo efetivado, foram identificadas algumas limitações, designadamente o tamanho da amostra. Esta quando comparada com outros estudos que utilizaram as mesmas escalas apresenta um tamanho reduzido. A presente investigação contou com a participação de 30 crianças/jovens institucionalizadas em 7 Centros de Acolhimento Temporário diferentes, da zona Norte do país, cujas idades estavam compreendidas entre os 8 e os 18 anos; enquanto o estudo de Felgueiras (2008) contou com 215 crianças, o de Lima et al. (2002) com 291 crianças e o de Leal et al. (2009) com 361 crianças/jovens. Contudo, saliente-se que nenhum dos autores atrás referenciados utilizou na sua amostra crianças institucionalizadas. Estas discrepâncias em relação ao tamanho e origem da amostra podem exercer influência sob os resultados: em primeiro lugar, a dimensão reduzida da amostra pressupõe uma análise e interpretação cuidadosa dos resultados obtidos, não sendo generalizável a todas as crianças/jovens institucionalizadas em CAT; em segundo lugar, a origem da amostra não sendo a mesma dos autores referidos anteriormente, pode gerar resultados diferentes, uma vez que, o meio é um fator de importância crucial para as variáveis em análise. Ainda neste seguimento, importa mencionar as dificuldades presentes na seleção dos participantes deste estudo uma vez que, normalmente, os CAT já não recebem crianças de idades iguais ou superiores a 8 anos, ficando estas acolhidas em LIJ (acolhem crianças a partir dos 6 anos de idade).

Uma outra limitação a referir prende-se com o facto de o estudo ser transversal, ou seja, a aplicação das escalas ter sido feita num único momento pré-definido. Entende-se como pertinente recorrer a estudos longitudinais com o intuito de verificar a possível existência de alterações nos resultados obtidos, ao longo do processo de institucionalização da criança/jovem. Finalmente, de salientar, também, a possibilidade de as crianças/jovens não terem sido sinceras durante o momento de recolha de

dados, nomeadamente pelo facto dos questionários terem sido passados em contexto de instituição, o que pode ter condicionado as respostas das crianças/jovens e sugestioná-las a dar as respostas expectáveis e não as que correspondem à verdade. Em paralelo, pese embora o facto da amostra recolhida ter tido em conta as idades a que os instrumentos de recolha de dados poderiam ser aplicados, os participantes deste estudo revelaram algumas dificuldades na interpretação de determinadas questões, sobretudo na RS. A complexidade de algumas das afirmações para as quais as crianças/jovens eram solicitadas a posicionar-se julga-se ser demasiado elevada para as crianças mais novas, o que poderá ter comprometido as respostas dadas.

Referências bibliográficas

- Abaid, J., Dell’Aglío, D., & Koller, S. (2009). *Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados*. Brasil: UFRGS. Obtido de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/237/435>
- Abreu, C., Sá, I., & Ramos, V. (2010). *Proteção, Delinquência e Justiça de Menores: Um Manual Prático para Juristas...e não só*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi editores.
- Antoniuzzi, A., Dell’Aglío, D., & Bandeira, D. (1998). *O conceito de coping: uma revisão teórica*. *Revista de Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Antunes, S. (2009). *Caderno de síntese teórica de Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Lamego: Autor.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV. Obtido de http://www.apav.pt/pdf/Manual_Crianças_Jovens_PT.pdf
- Campenhoudt, L. (2012). *Introdução à Análise dos Fenómenos Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Carvalho, T., & Manita, C. (2010). Perceções de Crianças e Adolescentes Institucionalizados sobre o Processo de Institucionalização e a Experiência na Instituição. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 3326-3335). Obtido de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64468/2/90959.pdf>
- Centro de Estudos Territoriais (2005). *Percursos de Vida dos Jovens Após a Saída dos Lares de Infância e Juventude*. Lisboa: Edições ISCTE.
- Cuneo, M. R. (2009). Abrigamento prolongado: Os filhos do esquecimento In *Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Censo da população infanto-juvenil abrigada no Estado do Rio de Janeiro* (pp. 415-432). Obtido de http://mca.mp.rj.gov.br/wp-content/uploads/2012/08/7_Abrigamento.pdf
- Crujo, M., & Marques, C. (2009). As Perturbações emocionais-ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 25, 576-582.
- Dell’Aglío, D. (2000). O processo de *coping*, Institucionalização e Eventos de Vida em Crianças e Adolescentes. Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia do

- Dell'Aglio, D. (2003). O processo de *coping* em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia da SBP*, 11(1), 38-45.
- Dell'Aglio, D., & Hutz, C. (2002). Estratégias de *coping* e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes. *Estudos de Psicologia da SBP*, 7(1), 5-13.
- Delfabbro, P., Barber, J., & Bentham, Y. (2002). Children's satisfaction with out-of-home care in South Australia. *Journal of Adolescence*, 28, 523-533.
- Faria, S. M., Salgueiro, A. G., Trigo, M. L., & Alberto, I. M. (2008). *As narrativas de adolescentes institucionalizadas: Percepções em torno das vivências de institucionalização*. Comunicação proferida no I Congresso Internacional em Estudos da Criança. Obtido de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12930/1/As%20narrativas%20de%20adolescentes%20institucionalizadas.pdf>
- Felgueiras, M. C., Festas, C., & Vieira, M. (s.d.). Adaptação e validação da resilience scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(1), 73-80.
- Ferreira, J. (2011). *Serviço Social e Modelos de bem-estar para a infância: modus operandi do Assistente Social na promoção e proteção da Criança*. Lisboa: Quid Juris.
- Garcia, S., Brino, R., & Williams, L. (2009). Risco e resiliência em escolares: um estudo comparativo com múltiplos instrumentos. *Temas em Psicologia da Educação*, 28, 23-50.
- Goffman, E. (2005). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspetiva.
- Instituto de Segurança Social, I.P. (2014). *Plano de Intervenção Imediata: Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2014*. Departamento de Desenvolvimento Social, Unidade de Infância e Juventude, Núcleo de Estudos e Conhecimento do ISS, IP. Obtido de http://www.parlamento.pt/documents/xiileg/abril_2015/casa2014.pdf
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2006). *Manual de Boas Práticas: um guia para o acolhimento residencial das crianças e jovens*. Instituto de Segurança Social, I.P. Obtido de http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13326/acolhimento_residencial_crianças_jovens
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2007). *Manual de Processos Chave: Centro de Acolhimento Temporário*. Obtido de http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs_cat_processos-Chave
- Kunze, N. (2009). Instituições Totais. *HISTEDBR on-line, Campinas*, 33, 289-294. Obtido de http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/33/res01_33.pdf
- Leal, I. P., Antunes, R., Passos, T., Ribeiro, J., P., & Maroco, J. (2009). Estudo da escala de depressão, ansiedade e stresse para crianças (EADS-C) *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 277-284.
- Lima, L., Lemos, M. S., & Guerra, M. P. (2002). Estudo das qualidades psicométricas do SCSI (Schoolagers' Coping Strategies Inventory) numa população portuguesa. *Análise Psicológica*, 4, 555-570.
- Magalhães, T. (2005). *Maus Tratos em Crianças e Jovens*. Coimbra: Quarteto.
- Martins, P. C. M. (2005). *A Qualidade dos Serviços de Proteção às Crianças e Jovens: As Respostas Institucionais*. Comunicação apresentada no VI Encontro Cidade Solidária: Crianças em risco: será possível converter o risco em oportunidade? Lisboa: FCG. Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3163/1/A%2520Qualidade%2520dos%25>

[20Servi%25C3%25A7os%2520de%2520Protec%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520%25C3%25A0s%2520Crian%25C3%25A7as%2520e%2520Jovens%2520-%2520As%2520respostas%2520institucionais.pdf](#)

Martins, D. (2012). *Depressão e Satisfação de vida em Crianças e Adolescentes Institucionalizados: Estudo comparativo*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade da Beira Interior. Obtido de https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/2722/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_21_out_2012.pdf

Menezes, N. (2009). *Sebenta Unidade Curricular de Fundamentos e Modelos de Intervenção em Serviço Social*. Lamego: Autor.

Murteira, B. J. F. (1993). *Análise Exploratória de Dados: Estatística Descritiva*. Lisboa: McGraw-Hill

Oliveira, A. (2010). *Resiliência para principiantes*. Lisboa: Edições Sílabo.

Paiva, W. (2012). *Institucionalização e Infância: vivências e representações das crianças*. Dissertação de mestrado em Sociologia da Infância, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga. Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20917/1/W%C3%ADdia%20Suerl%C3%A2ndia%20Marinho%20Paiva.pdf>

Pernicha, A. (2007). *Ansiedade e Resiliência em Crianças Institucionalizadas e Crianças Não Institucionalizadas*. Monografia de Licenciatura em Psicologia não publicada. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.

Portugal. Lei nº 147/99, de 1 de setembro, in *Diário da República, 1ª Série- A, nº204*. Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo.

Quintãs, C. R. P. (2009). *Era uma vez a Instituição onde eu cresci: Narrativas de adultos sobre experiências de institucionalização*. Mestrado em Psicologia da Justiça, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga. Obtido de http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9957/1/Tese_Final_Cla%C3%BAdia_Quint%C3%A3ns.pdf.pdf

Silva, L. (2001). *Acção Social na Área da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.

Strecht, P. (2012). *Crescer Vazio: Repercussões psíquicas do abandono negligência e maus tratos em crianças e adolescentes* (5ª ed.). Lisboa: Assírio & Alvim.

Teixeira, V. (2011). *As Redes Sociais Pessoais de crianças e jovens em acolhimento residencial- o papel das fratrias*. Dissertação de mestrado integrado em Psicologia, Área de Especialização em Psicologia da Justiça, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga. Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/18635/1/Vanessa%20Rafaela%20Lopes%20Teixeira.pdf>

Yunes, M. A. (2003). Psicologia Positiva e Resiliência: O Foco no Indivíduo e na Família. *Psicologia em Estudo*, 8(num. esp.), 75-84.

Wathier, J., & Dell'Aglio, D. (2007). Sintomas Depressivos e Eventos Estressores em Crianças e Adolescentes no Contexto de Institucionalização. *Revista de Psiquiatria*, 29(3), 305-314.

Wathier-Abaid, J., Dell'Aglio, D., & Koller, S. (2010). Preditores de Sintomas Depressivos em Crianças e Adolescentes Institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 9(1), 203-216.

Apêndices

Apêndice I: Questionário Sociodemográfico

Código da Instituição _____

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Olá, gostávamos que respondesses a algumas perguntas para que te possamos conhecer melhor. É muito importante que respondas a todas as perguntas o melhor que saibas. Obrigada.

És rapaz ou rapariga? Rapaz _____ Rapariga _____

Quantos anos tens? _____

Na escola em que ano andas? _____

Porque é que vieste para esta instituição?

Vieste para esta instituição quando? (em que dia e mês do ano) _____

Tens algum irmão que também esteja a viver numa instituição? Não _____ Sim _____

Os teus familiares visitam-te nesta instituição? Não _____ Sim _____

Já viveste noutra instituição? Não _____ Sim _____

Qual é a profissão dos teus pais?

Anexos

Anexo I: Consentimento Informado



Instituto Superior de Serviço Social do Porto
Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social, C.R.L.

ID: _____

CONSENTIMENTO INFORMADO

Convidamo-lo a autorizar a participação, num estudo sobre indicadores de ajustamento psicológico, da criança ou jovem de quem é representante legal.

A participação neste estudo é voluntária e implica que esta(e) responda uma única vez a três questionários de auto-resposta breves. Será garantida a completa confidencialidade quanto à informação recolhida e as respostas não serão, em momento algum, analisadas individualmente.

Muito obrigada pela colaboração.

A investigadora responsável

Prof. Doutora Berta Rodrigues Maia
(Professora Auxiliar do Instituto Superior de Serviço Social do Porto)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ (nome), representante legal do(a) _____ (nome), a residir
no Centro de Acolhimento Temporário de _____
li e autorizo a sua participação no estudo sobre ajustamento psicológico em crianças e jovens
adolescentes que está a ser desenvolvido no Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

(Assinatura)

Data: ____/____/____

Caso tenha alguma dúvida sobre o estudo pode contactar-nos através do e-mail:
joana-trindade@hotmail.com (Dra. Joana Trindade)

Anexo II: Escala de Resiliência (RS)

RS

Circule o número que indica o quanto concorda ou discorda com cada frase.

Discordo

Concordo

1. Quando faço planos levo-os até ao fim.
1 2 3 4 5 6 7
2. Eu normalmente acabo por conseguir alcançar os meus objectivos.
1 2 3 4 5 6 7
3. Sou capaz de depender de mim próprio mais do que de qualquer outra pessoa.
1 2 3 4 5 6 7
4. Manter-me interessado nas actividades do dia-a-dia é importante para mim.
1 2 3 4 5 6 7
5. Posso estar por conta própria se for preciso.
1 2 3 4 5 6 7
6. Sinto-me orgulhoso por ter alcançado objectivos na minha vida.
1 2 3 4 5 6 7
7. Normalmente faço as coisas conforme elas vão surgindo.
1 2 3 4 5 6 7
8. Sou amigo de mim próprio.
1 2 3 4 5 6 7
9. Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.
1 2 3 4 5 6 7
10. Sou determinado.
1 2 3 4 5 6 7
11. Raramente me questiono se a vida tem sentido.
1 2 3 4 5 6 7
12. Vivo um dia de cada vez.
1 2 3 4 5 6 7

Discordo

Concordo

13. Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.

1 2 3 4 5 6 7

14. Tenho autodisciplina.

1 2 3 4 5 6 7

15. Mantenho-me interessado nas coisas.

1 2 3 4 5 6 7

16. Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.

1 2 3 4 5 6 7

17. A confiança em mim próprio ajuda-me a lidar com tempos difíceis.

1 2 3 4 5 6 7

18. Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.

1 2 3 4 5 6 7

19. Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspectivas.

1 2 3 4 5 6 7

20. Às vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.

1 2 3 4 5 6 7

21. A minha vida tem sentido.

1 2 3 4 5 6 7

22. Eu não fico obcecado com coisas que não posso resolver.

1 2 3 4 5 6 7

23. Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.

1 2 3 4 5 6 7

24. Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.

1 2 3 4 5 6 7

25. Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.

1 2 3 4 5 6 7

Anexo III: Inventário das Estratégias de Coping (SCSI)

Versão Portuguesa do *Schoolagers' Coping Strategies Inventory* de Ryan Wenger (1990)

Lima, Lemos & Guerra (2003)

Tu és ☐ rapaz ☐ rapariga e tens _____ anos

Isto não é um teste, por isso não indiques o teu nome.

Alguns meninos, quando se sentem ansiosos, nervosos, ou preocupados com um problema, fazem algumas das coisas que estão em seguida descritas. Indica (fazendo uma cruz) QUANTAS VEZES tu fazes cada uma destas coisas. Depois, indica (também com uma cruz) QUANTO é que cada coisa te ajuda a sentires-te melhor quando tu estás nervoso ou preocupado.

	QUANTAS VEZES FAZES ISTO?				QUANTO É QUE ISTO TE AJUDA?			
	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
1. Ficar sozinho, comigo mesmo.								
2. Fazer festinhas no meu animal de estimação ou peluche								
3. Chorar ou ficar triste								
4. Pensar em coisas boas								
5. Fazer alguma coisa para resolver o problema								
6. Entreter-me com algum trabalho em casa								
7. Desenhar, escrever ou ler qualquer coisa								

	QUANTAS VEZES FAZES ISTO?				QUANTO É QUE ISTO TE AJUDA?			
	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
8. Comer ou beber	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
9. Andar à luta com alguém	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
10. Ficar furioso	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
11. Bater, atirar ou partir coisas.	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
12. Implicar com alguém.	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
13. Jogar um jogo ou fazer qualquer coisa do género	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
14. Rezar	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
15. Quando a culpa foi minha, pedir desculpa ou dizer a verdade	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
16. Dormir, fazer uma soneca	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
17. Falar comigo mesmo	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
18. Pensar acerca disso.	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
19. Andar, correr ou andar de bicicleta	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
20. Ver Tv ou ouvir música	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito
21. Gritar ou berrar	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Nunca faço isto	Não ajuda	Ajuda um bocadinho	Ajuda muito

Anexo IV: Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)

EADS-21 - Nome _____		Data ____/____/____			
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i> 0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Reference- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239